

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

679

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

René MONTEAU

Né le 16 Mars 1912, à Roussines (Charente)

SIGNIFICATION PRONOSTIQUE FAVORABLE

DES

DENSIFICATIONS PULMONAIRES POST-PLEURÉTIQUES

DE LA RÉGION CLAVICULAIRE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

René MONTEAU

Né le 16 Mars 1912, à Roussines (Charente)

SIGNIFICATION PRONOSTIQUE FAVORABLE

DES

DENSIFICATIONS PULMONAIRES POST-PLEURÉTIQUES

DE LA RÉGION CLAVICULAIRE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HÉITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPE	Stomatologie.
WEIL HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection et de mon infinie gratitude.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique de la tuberculose
Médecin de l'hôpital Laënnec
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous ac-
cepter comme externe dans son
service, et nous faire le très
grand honneur de présider notre
thèse.*

*Hommage respectueux et re-
connaissant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL BRAUN

Médecin assistant à l'hôpital Laënnec
Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré ce travail. Sa bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie, et ses conseils nous ont été infiniment précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉCHELLE.

MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT.

INTRODUCTION

Contrairement aux reliquats des bases, bien connus et classiques, les opacités de la région claviculaire après les pleurésies de la grande cavité, quoique relativement fréquentes, n'ont à notre connaissance, jamais fait l'objet d'une étude d'ensemble. Or, bien que d'acquisition récente, par la complexité et la multiplicité des problèmes qu'elle pose, cette notion mérite d'être développée davantage et c'est ce à quoi nous nous efforcerons dans cette monographie.

La topographie et les antécédents pleuraux ne constituent pas d'ailleurs pour ces opacités, les conditions suffisantes à une entité nosographiques bien définie. Ces images radiographiques paraissent correspondre à des lésions anatomiques différentes, dont elles résument souvent toute la séméiologie et dont il est cependant capital de faire la diagnostic, tant différentiel qu'évolutif.

Elles peuvent être, en effet, la traduction iconographique d'une poussée évolutive, toujours possible sur un tel terrain et l'on est alors amené à discuter un infiltrat précoce, un infiltrat pulmonaire labile, une pneumonie type Rist-Ameuille, etc..., etc... Il est également possible et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, comme nous le verrons plus loin, que ces images anormales soient simplement des reliquats, témoins de la pleuro-pneumopathie antérieure.

Mais la connaissance de cette dernière est loin d'être toujours constante, bien souvent le malade n'accuse qu'un vague épisode pleural, dont il ne sait ni la nature, ni l'étiologie exactes.

Ainsi se trouvent posés les premiers problèmes dont nous exposerons les divers éléments, au cours de cette étude :

Ces anomalies radiographiques traduisent-elles le début d'une tuberculose pulmonaire évolutive ?

S'agit-il, au contraire, d'un reliquat ? Et dans ce cas :

Quelle est son étiologie ?

Quel est son potentiel évolutif ?

De ces deux questions subsidiaires venues se greffer sur la précédente et dont chacune fera l'objet d'un chapitre au cours de cette étude, la première, fonction de la méconnaissance ou du peu de netteté des antécédents, est d'une importance moindre que la deuxième se rapportant à l'évolutivité des reliquats.

L'importance de ce diagnostic évolutif est justifiée par le fait un peu paradoxal, que « reliquats » n'est pas synonyme de lésion fixée ou cicatrisée et que dans la pratique médicale, le médecin se voit poser quotidiennement ce diagnostic, qui seul intéresse le malade.

La réserve que l'on doit toujours faire sur l'avenir des reliquats, constitue l'élément capital de toutes les discussions qui seront développées ultérieurement. Elle s'explique par la notion classique des reprises possibles de poussées évolutives, conséquence de la survivance fréquente des lésions, à l'arrêt de leur évolution.

D'ailleurs, cette survivance en dehors de ses manifestations cliniques a également sa traduction biologique.

On sait en effet que l'on peut mettre en évidence, une fois sur deux environ, le bacille de Koch dans

des nodules fibro-crétacés apparemment guéris, chez des bacillaires anciens, morts accidentellement ou d'affections intercurrentes.

Enfin le diagnostic évolutif se trouve encore compliqué par certaines erreurs possibles dans l'interprétation de ces images. Nous avons déjà annoncé antérieurement la ressemblance iconographique du début de certaines poussées évolutives (type Früh-infiltrat) avec certains reliquats des sommets, derniers témoins d'une pleurésie ancienne.

Or, il est encore une confusion du fait que parfois, les petites anomalies pulmonaires étiquetées reliquats, correspondent en réalité à la forme nosologique bien définie, d'une tuberculose pulmonaire fibreuse faiblement évolutive.

Dans ce dernier cas, qu'il s'agisse de la « tuberculose abortive » de Bard, plus justement appelée par M. BEZANÇON « tuberculose fibreuse localisée discrète », ou d'une tuberculose fibreuse des sommets avec emphyse des bases, du type Bernheim et Rueff, seule la confrontation des données de la clinique, du laboratoire de la radiographie et enfin de l'évolution, nous permettra d'en établir le diagnostic précis.

Lorsqu'après examen et discussion des différents problèmes que nous venons d'énumérer, on peut conclure à la non évolutivité de ces anomalies radiographiques, on a cliniquement le droit de considérer le malade comme guéri.

En phthisiologie, la guérison n'a plus en effet le sens étroit conféré à ce terme dans les autres maladies infectieuses.

Ici, à l'inverse de ce qui se voit dans ces dernières, on n'observe jamais à la fois la mort du germe pathogène et la disparition des lésions qu'il a engendrées.

C'est ce que LETULLE exprimait en écrivant dans sa langue imagée : « si minime qu'ait été l'attaque du bacille de Koch et si victorieuse la défense, une lésion matérielle en doit résulter avec une cicatrice indélébile ».

Quotidiennement, le médecin est appelé à donner un avis motivé sur l'un des cas énumérés plus haut.

Il s'agit tantôt d'un candidat postulant un emploi dans une administration publique ou privée,

tantôt des jeunes recrues de l'armée,

tantôt d'un pleurétique ancien dont il faut évaluer l'invalidité en vue d'un congé de longue durée ou d'une indemnité,

tantôt simplement d'un malade qui veut connaître le mode et le degré d'une activité compatible avec son état de santé. D'après ces quelques exemples, il est aisé d'imaginer les répercussions sociales de ces différents diagnostics. Or, chacun d'eux constitue un cas d'espèce qu'il est à peu près impossible d'intégrer dans le cadre d'une loi, qui par définition doit être générale. On conçoit alors la lourde tâche du médecin qui doit concilier les textes rigides du législateur avec la clinique et la gamme infinie de ses tableaux changeants et toujours nouveaux.

De par leur importance et leur fréquence, ces multiples problèmes médico-sociaux, conséquence immédiate et quasi obligatoire de la constatation de ces reliquats de pleurésie, constitueront donc la conclusion logique de notre étude.

Pour les résoudre, ainsi que nous le verrons plus loin, le médecin ne dispose que des données de l'auscultation, de la radiologie et du laboratoire ; or, les tests qu'elles lui donneront ne seront pas toujours probants et il sera parfois impossible de se prononcer avec cer-

titude sur l'évolutivité de ces reliquats et comme dans tous les problèmes cliniques, il sera parfois dangereux de se livrer à des déductions mathématiques.

C'est pourquoi il devra peser le pour et le contre et ce n'est parfois qu'après un long délai d'observation qu'il pourra réunir les arguments qui lui permettront de faire le diagnostic du potentiel évolutif.

Tout au long de cette monographie, ainsi topographiquement et cliniquement limitée, nous nous efforcerons davantage à discuter l'évolution qu'à décrire la lésion. Notre but est en effet de montrer malgré l'analyse très poussée des caractères descriptifs et les données de la clinique et du laboratoire, la quasi impossibilité d'établir avec certitude le pronostic de l'une de ces images en dehors de la notion capitale d'évolution apportée par des clichés successifs.

A cette fin nous allons rapporter un certain nombre d'observations prises dans plusieurs dispensaires anti-tuberculeux et consultations de grandes administrations. Toutes ne correspondent pas exactement au cas que nous avons pris pour type ; certaines rapportent des images de la région claviculaire chez des sujets dont les antécédents pleuraux sont peu nets, d'autres nous font voir des taches qui ne sont point des reliquats, mais qui paraissent être des poussées congestives d'œdème localisées chez d'anciens pleurétiques.

Dans le premier cas nous verrons le rôle joué par la notion des antécédents pleuraux antérieurs, dans l'interprétation de ces anomalies radiologiques ; dans le deuxième, les erreurs auxquelles a donné lieu chacune des observations citées, illustreront mieux que n'importe quel commentaire, la difficulté d'un tel diagnostic et surtout l'insuffisance de la symptomatologie actuelle.

En résumé, dans un premier chapitre, après avoir rapporté plusieurs observations, nous essaierons de montrer qu'il existe aux sommets des reliquats radiographiques, constitués par des opacités de la région claviculaire qui surviennent après un incident pleural et en particulier une pleurésie séro-fibrineuse aiguë.

Après quoi nous ferons l'anatomie pathologique, ou plus exactement les hypothèses anatomiques que nous ont inspirées ces images et nous verrons que l'on peut les confondre avec les reliquats de certaines pneumopathies prolongées, simulant la tuberculose.

Puis nous terminerons le diagnostic différentiel en décrivant brièvement les infiltrats et les formes de tuberculose fibreuse qui peuvent donner une image prêtant à confusion avec celles que nous avons prises pour type : Nous verrons enfin assez succinctement les formes de tuberculose apicale et de reliquats pleuraux des apex assez importants pour voir leur diagnostic discuté dans ce chapitre.

Enfin en conclusion, nous essaierons d'envisager les répercussions sociales de ce diagnostic et d'établir dans la mesure du possible, la règle de conduite à adopter en pareil cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

M^{lle} W... A., âgée de 22 ans, vient consulter au dispensaire Vasco de Gama en janvier 1932, après une pleurésie séro-fibrineuse vérifiée par ponction et radio.

A cette époque, l'état général déficient, et la persistance des signes cliniques locaux, justifient l'envoi de la malade en sana pour une durée limitée.

Tous les examens de crachats et de selles sont restés négatifs.

Une graphie faite à ce moment là, montre une opacité de la base droite due à l'épanchement. Du même côté, dans la région sous-claviculaire, on peut y voir encore, une tache ronde, dense, bien limitée, de quelques centimètres de diamètres.

Depuis un séjour de quelques mois en sana pendant l'année 1932, cette malade est suivie régulièrement au dispensaire.

Les radios faites successivement jusqu'en 1937 ne montrent aucune modification locale, si ce n'est la moins grande précision des limites de l'image ronde du sommet et un aspect nuageux de cette région. Naturellement l'opacification de la base droite due à l'épanchement a disparu.

En résumé : Image ronde sous claviculaire, apparue chez une femme qui a fait une pleurésie du même côté. Ici, en raison des documents radiographiques répétés périodiquement depuis l'apparition même de l'épisode pleural en 1932, on peut conclure qu'il s'agit d'un reliquat non évolutif, compatible avec une activité normale de la malade.

Il faut noter cependant, qu'au début, cette image qui présente tous les caractères radiographiques d'un infiltrat précocce, aurait pu prêter à confusion sans la notion de pleurésie antérieure. D'ailleurs malgré cet antécédent, le pronostic, n'en est pas moins resté en suspens quelques temps, et seule l'évolution a pu entièrement nous rassurer. Nous sommes donc autorisés à parler dans ce cas particulier de pseudo-fruh-infiltrat, reliquat d'une pleurésie. Mais il nous faut encore préciser, à cette occasion que reliquat n'est pas synonyme de lésion fixée ; nous l'avons déjà dit dans les généralités et cette observation vient le confirmer.

La modification des caractères de l'image que nous venons d'étudier, le fait qu'elle se soit sensiblement estompée pendant les 5 années où nous l'avons suivie, nous permet de parler de « reliquat régressif », stade de transition entre les reliquats indélébiles et les reliquats labiles, dont nous verrons plus loin quelques observations.

OBSERVATION 2

M^{me} C... G., âgée de 26 ans, vient consulter le 10 mai 1932, à la consultation du dispensaire anti-tuberculeux de Saint-Antoine, pour asthénie et amaigrissement.

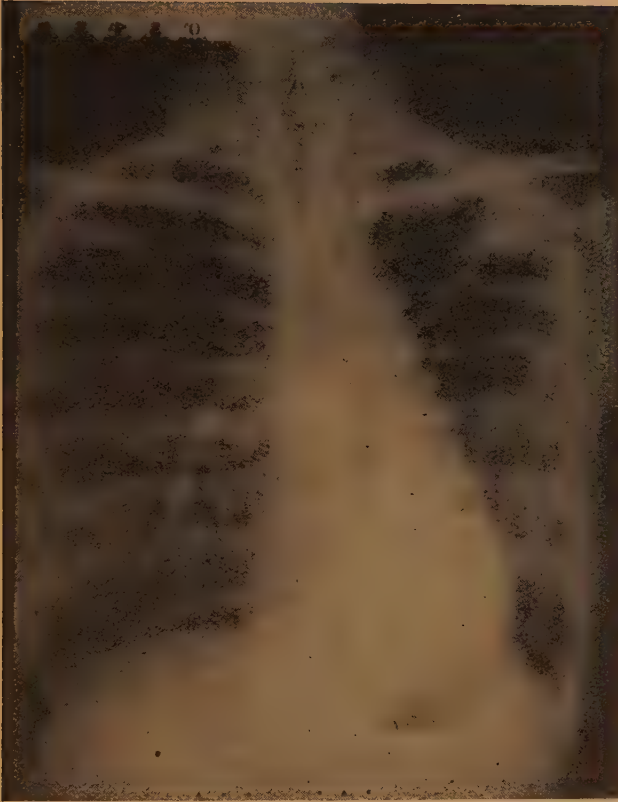
Dans les antécédents, on relève une pleurésie gauche en 1926 vérifiée par ponction. De plus d'après ce qu'elle raconte, la malade aurait fait une seconde pleuro-pneumopathie du même côté en 1930.

Mariée, le mari est bien portant. Cette femme a un enfant de 2 mois et demi, également bien portant. Enfin elle vit dans des conditions morales et sociales relativement bonnes.

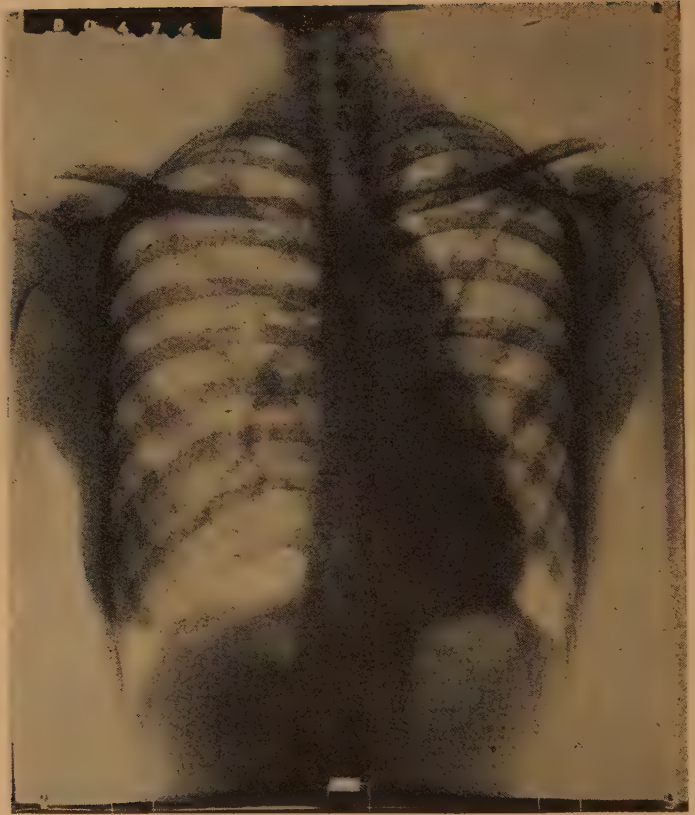
A l'auscultation : signes très discrets au sommet gauche qui ne permettent pas de conclure.

A la radio : à droite : exagération des ombres broncho-vasculaires.

A gauche : rétraction thoracique,



Opacité de la région claviculaire se prolongeant vers le hile par une image de scissurite. Par ailleurs, rétraction thoracique, ascension du hile, sinus costo-diaphragmatique comblé témoignent de l'atteinte pleurale antérieure.



Après deux ans d'évolution, la tache de la région claviculaire s'est à peine estompée, et l'image seissurale a disparu pour faire place à deux bandes opaques reliant la tache au hile.

ascension du hile,
sinus costo-diaphragmatique comblé,
ombre dense, bien limitée, de la partie externe de la région
sous-claviculaire. Cette tache a environ les dimensions d'une
pièce de 2 francs.

L'examen des crachats et des selles reste négatif.

En résumé : tache sous-claviculaire chez une ancienne pleu-
rétique qui vient de faire une grossesse.

La question qui se pose est de savoir s'il s'agit d'un infiltrat
type Rist-Ameuille, ou d'un reliquat de la pleurésie anté-
rieure.

La malade est envoyée en sana, ou l'image déjà décrite, ne
change pas pendant les premiers mois.

L'état général reste excellent.

La bacilloscopie est toujours négative.

Le 13-6-33 : L'image sous-claviculaire est beaucoup plus
floue, moins bien limitée et moins dense.

A l'extrême sommet image de grenaille.

En septembre 1934 : L'image continue à s'estomper et il
ne reste plus qu'une grisaille dans la région sous-claviculaire
gauche

Conclusion : Tache de la région sous-claviculaire dont la
localisation et la ressemblance avec l'image du Früh-infiltrat
des auteurs allemands, nous avaient fait porter un pronostic
réservé. Bien que l'évolution portant sur 3 années soit venue
infirmer ce dernier, il nous est quand même impossible de con-
clure, sur la nature même de la lésion. Faute de documents
contemporains à la pleurésie, nous ne pouvons discriminer le
reliquat, d'une infiltration apparue ultérieurement sur ce
terrain prédisposé. Néanmoins en raison même de la fréquence
de ces images chez les anciens pleurétiques, et surtout en rai-
son de son évolution heureuse, relativement rare au cours des
infiltrations de cette région, l'hypothèse de reliquat de pleu-
résie semble la plus vraisemblable.

De plus, comme dans l'observation 1, l'analogie de cette
opacification avec les images d'infiltrats précoces, nous per-
met de l'étiqueter « pseudo-früh-infiltrat ». Enfin grâce à sa

disparition à peu près complète en 2 ans d'évolution, nous pourrions préciser davantage sa nature et ses caractères, en les désignant par « reliquat labile de pleurésie ».

OBSERVATION 3

M^{me} D... R., âgée de 33 ans et sans profession vient consulter en janvier 1936 au dispensaire Léon Bourgeois, pour essoufflement et fatigue.

Dans les antécédents : On relève deux fausses couches, la 1^{re} en 1927, la 2^e en 1929, à la suite desquelles on fait un traitement spécifique jusqu'en 1931, bien que le B. W. ait été toujours négatif.

A fait également 2 couches normales et ses enfants respectivement âgés de 13 et 14 ans sont bien portants.

En août 1935, pleurésie droite, vérifiée par ponction, et pour laquelle la malade reste alitée 2 mois et demi, avec une température oscillant entre 39° et 40°.

Fin octobre 1935, la température tombe, la malade reprend du poids, mais reste un peu dyspnéique.

A l'examen : on constate une submatité de la base droite et une diminution du murmure vésiculaire dans la même région. Pas de bruits adventices.

La radiographie montre une ombre diffuse à la base et un sinus costo-diaphragmatique comblé du côté droit. Gros tractus dans la région intercléido-hilaire. Cœur attiré vers la droite. Rien au sommet.

Les examens de crachats et de selles restent négatifs.

On prescrit le repos à la malade et on lui enjoint de rester sous surveillance médicale.

Revue au mois de mars 1936 : On constate une amélioration sensible de l'état général, et une radiographie pulmonaire inchangée.

Examinée à nouveau au mois de septembre 1936 : Bien que l'état général soit encore excellent, et que l'on ne trouve pratiquement rien à l'auscultation, radiologiquement on constate

l'apparition d'une ombre homogène, bien limitée, peu étendue dans la région sous-claviculaire droite. A l'extrême sommet, petites taches en grenaille. A la base, les images radiographiques n'ont pas changé.

Les examens de crachats restent négatifs, ainsi que les cultures de selles.

Au mois de novembre 1936 !: Persistance des mêmes images à la base droite. L'opacification arrondie de la région sous-claviculaire droite persiste, mais plus floue, moins limitée.

Par ailleurs, dans la région intercléido hilare, apparition de quelques tractus et disparition des petites nodules de l'apex.

Au mois de décembre 1936 : Régression sensible de l'ombre sous-claviculaire droite avec exagération des tractus de la région intercléido hilare, qui prennent un aspect en éventail.

Cette régression de l'opacification sous-claviculaire continue ainsi qu'en témoignent des clichés faits en janvier 1936 et mars 1937.

Au mois d'octobre 1937 : De cette ombre sous-claviculaire, il ne reste plus qu'un réseau de fins tractus, à peine apparents.

En résumé : Apparition chez une femme venant de faire une pleurésie et du même côté que la réaction pleurale, d'une tache sous-claviculaire qui a disparu en 11 mois, sans que l'on ait jamais pu déceler de bacilles de Koch dans les crachats ou les selles.

Conclusion : Là encore, sans les antécédents pleuraux et sans témoins radiographiques, nous aurions été tentés de porter le diagnostic de Früh-infiltrat, dont cette image revêt tous les caractères graphiques.

Néanmoins, si en raison même de ses circonstances d'apparition, nous pouvons faire le diagnostic de reliquats de pleurésie, son évolution et sa disparition complète en 11 mois, nous obligent à préciser davantage et nous mettrons sur cette opacification l'étiquette de « reliquat labile de pleurésie ».

OBSERVATION 4

M. R... F., âgé de 34 ans vient consulter en septembre 1936 au dispensaire de la compagnie de l'État, parce qu'il tousse et qu'il crache.

Ce malade exerçant la profession de manœuvre sur le réseau de l'État, aurait fait tout récemment un incident pleural à droite, à la suite de quoi on aurait demandé un examen radiographique.

Dans les antécédents :

bronchites fréquentes,

femme bien portante, pas d'enfants.

A l'examen : Ce malade présente un assez bon état général.

A l'auscultation : Petites crépitations fines et matité de la base droite.

A la radiographie : Faite à l'occasion de l'incident pleuro-pulmonaire cité plus haut, on constate une opacité de la base droite, témoignant de la réaction pleurale antérieure.

En résumé : A cette époque, incident pleuro-pulmonaire récent, dont il reste encore une trace importante, visible sur la radiographie et appréciable à l'auscultation.

L'état du malade, a justifié à ce moment, de la part du médecin de l'administration, une prolongation de congé jusqu'à nouvel ordre.

Le 7 octobre 1936 : Revu un mois plus tard, les examens de crachats sont restés négatifs et la nouvelle graphie montre les traces d'une réaction pleurale la récente de la base droite, avec dans la région claviculaire, une ombre arrondie, assez mal limitée et peu dense s'étendant au-dessus et au-dessous de la projection claviculaire.

Cet homme présente donc à cette époque, des reliquats importants de pleurésie, avec tache radiographique au sommet, sans présence de bacilles.

En raison de la persistance de l'opacification de la base droite et de l'étendue de la région claviculaire du même côté

et surtout du peu d'ancienneté de la lésion, le médecin consulté, a prescrit une prolongation de la convalescence d'au moins trois mois.

Contrairement à l'image de l'observation 1, la tache de la région claviculaire nous semble participer ici, davantage d'une réaction pleurale que parenchymateuse. Cette opacification est en effet moins homogène, plus étendue, moins opaque et moins bien limitée que la précédente. Ses conditions d'apparition et ses caractères, nous font encore porter facilement le diagnostic de reliquat et nous pouvons déjà prévoir son heureux pronostic. Néanmoins le problème ne sera entièrement et sûrement résolu que lorsqu'à tous ces différents éléments, nous pourrons ajouter celui que donnera l'évolution. Ce doute, si minime soit-il, suffit amplement à expliquer et justifier la décision prudente du médecin consulté dans ce cas particulier. Les quelques mois supplémentaires de convalescence accordés à ce malade, donneront un recul suffisant pour apprécier l'évolutivité de cette tache et seuls permettront de conclure.

Janvier 1937 : Les 3 mois de convalescence écoulés, le malade est revu à cette époque.

L'état général continu à être bon.

La bacilloscopie est toujours négative.

L'image radiographique de la région claviculaire est inchangée.

Le médecin conclut donc qu'il s'agit d'un reliquat non évolutif et permet la reprise du travail, en spécifiant toutefois qu'il lui soit donné une occupation peu pénible et qu'il vienne consulter périodiquement.

Revu en avril 1937 : Malgré le travail doux qui lui a été assigné, cet employé est fatigué, maigrit, et présente des sueurs nocturnes.

A l'auscultation, on entend quelques bruits adventices au sommet droit et à la base du même côté.

A la radiographie on constate une opacification importante de tout le sommet droit, avec un aspect spéléonquaire de cette région.

Les examens de crachats montrent la présence de bacilles de Koch.

Une demande est faite pour envoyer ce malade en sanatorium.

Jusqu'en décembre 1937 : Ce malade reste en sanatorium où on lui fait un pneumothorax droit. Néanmoins malgré la cure sanatoriale et malgré le pneumothorax, les lésions évoluent très rapidement, se généralisent.

Fin décembre 1937 : Le malade est hospitalisé dans le service du Docteur NOISIER à Laënnec où il meurt le 17 janvier 1938.

En conclusion : Apparition chez un malade qui vient de faire une pleurésie, et du même côté que cette dernière, d'une opacification de la région claviculaire. Étant donné les conditions d'apparition de cette image, et l'invariabilité de ses caractères graphiques, au cours de 8 mois d'observation, le médecin a cru pouvoir porter le diagnostic de reliquats non évolutif et indélébile de pleurésie. Néanmoins, bien que la reprise du travail ait été très progressive et que le malade soit resté sous surveillance médicale, brusquement poussée évolutive après plusieurs mois d'une observation assidue. Les circonstances déclenchantes de cette poussée, n'ont pu être retrouvées.

Quoiqu'il en soit, cette observation vient prouver que la bénignité de ces opacifications post pleurétiques de la région claviculaire, n'est pas une règle. Elle vient confirmer également que pour avoir une valeur indiscutable, la notion d'évolution doit être la conclusion d'une observation portant non pas sur quelques mois, mais plusieurs années.

Enfin elle nous permet de conclure, en disant que si les reliquats peuvent être régressifs, labiles ou indélébiles, ils peuvent être également évolutifs. Néanmoins, comme nous le verrons cette éventualité reste rare.

OBSERVATION 5

M^{me} L... A... âgée de 28 ans, employée temporaire à l'économat de la compagnie de l'État, consulte en janvier 1937 en vue d'une titularisation éventuelle.

Dans les antécédents : Pleurésie droite en 1929, qui n'a pas été vérifiée par ponction. Cependant une radiographie pratiquée à cette époque et dont on a pu retrouver le compte rendu, a montré une ombre pleurale étendue de la base, avec sinus bloqué et une disparition de transparence du sommet correspondant.

A l'examen : Excellent état général, ne tousse ni ne crache. L'auscultation ne donne aucun signe. La radiographie montre un état d'opacité manifeste et assez étendu dans la région sous-claviculaire droite. Cette ombre est peu homogène et mal limitée. A la base, sinus consto diaphragmatique comblé et diaphragme déformé, témoignant de l'ancienne lésion pleurale.

En résumé : Bien que cette image puisse être considérée comme un reliquat de la pleurésie de 1929, il y a lieu de surseoir avant de conclure à l'aptitude et la titularisation de cette employée.

Revue à plusieurs reprises depuis cette époque, on ne trouve jusqu'en juillet, aucune modification de l'image que nous venons de décrire.

De plus les examens de crachats et de selles pratiqués entre temps sont tous restés négatifs.

Conclusion : Bien que le délai de plusieurs mois (1-37 à 6-37) pendant lesquels la malade a été régulièrement suivie, nous permette de conclure qu'il s'agit à peu près certainement, d'un reliquat de pleurésie non évolutif, le médecin de l'administration sursoit encore à la titularisation.

La prudence de ce phtisiologue, est justifiée : par l'importance des reliquats constatés, et surtout par la responsabilité qu'il encourt en admettant dans une administration, une

femme qui présente une image de lésion pulmonaire assez étendue, et dont on peut lui faire grief si elle fait une poussée évolutive dans les années qui suivront.

C'est pourquoi le médecin qui tient à s'entourer du maximum de précautions, conseille à cette femme de travailler encore quelques mois comme temporaire.

Le problème est donc ici plus social que clinique.

OBSERVATION 6

M^{me} D... L..., âgée de 28 ans, est vue le 3 novembre 1937, au cours d'un examen prophylactique.

Antécédents : Pleurésie droite vérifiée par ponction en 1933.

3 enfants bien portants, respectivement âgés de 8, 7 et 5 ans.

Examen : Excellent état général, pas de signes fonctionnels, ne crache pas, ne tousse pas.

L'auscultation et la radiographie ne montrent rien malgré les antécédents pleuraux.

A la radiographie, on peut voir par contre : quelques petites tâches floues, mal limitées de l'extrême sommet à droite. Du même côté dans la région sous-claviculaire 2 taches, plus importantes, arrondies et à contours flous.

A la base, sinus costo diaphragmatique comblé et bord supérieur du diaphragme irrégulier et festonné, témoignant de l'atteinte pleurale antérieure.

En résumé : A la base les classiques reliquats d'une atteinte pleurale ; à l'extrême sommet petites taches arrondies, classiquement interprétées comme des nodules calcifiés, témoins d'une atteinte parenchymateuse ancienne passée inaperçue.

Dans la région sous-claviculaire droite, 2 taches de petites dimensions arrondies et assez denses, qui pourraient être interprétées comme des images de Früh-infiltrat, s'il n'y avait les autres reliquats des atteintes pleuro pulmonaires antérieures.

Conclusion : Cliniquement en raison des antécédents pleuro-pulmonaires et malgré la carence des documents iconographiques, on est autorisé à faire le diagnostic de reliquats de la pleurésie survenue 4 ans plus tôt. Aussi le médecin consulté a-t-il permis à cette femme une activité normale, bien qu'il lui ait conseillé de se faire revoir périodiquement.

En réalité, si l'on a pu faire ici pareils diagnostic et pronostic c'est autant grâce à la discrétion des signes radiologiques observés qu'à la notion de la pleurésie ancienne.

Comme dans les observations antérieures, on est tenté de parler ici de pseudo infiltrat, bien que les taches observées y soient peu importantes.

OBSERVATION 7

M. D. A., cantonnier sur le réseau de l'État, vient consulter le 19 août 1936, à la suite d'une demande de changement d'emploi.

Cet homme actuellement fatigué, est pensionné à 10 % pour pleurite droite, diagnostiquée pendant la guerre.

Par ailleurs on relève dans les antécédents, la possibilité d'une pleurésie gauche en 1909.

A l'examen : Assez bon état général, mais le malade accuse une asthénie persistante.

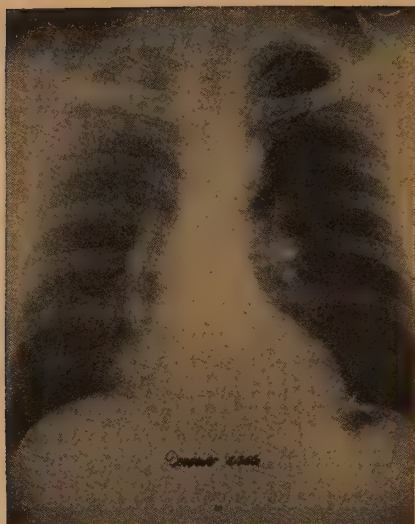
On ne trouve rien à l'auscultation.

La radiographie, par contre montre au sommet droit une ombre floue s'étendant sur tout le quart supérieur du champ pulmonaire. Cette ombre peu homogène, mal limitée, est très peu dense, mais en son centre, immédiatement sous la clavicule, tache mieux limitée et plus opaque, de la dimension d'une pièce de 2 francs.

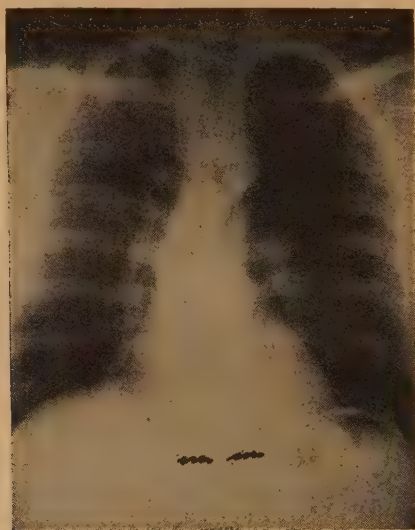
La graphie montre encore une rétraction du diaphragme droit, avec une grosse asymétrie et une scoliose importante.

Les examens de crachats sont négatifs.

En résumé : Bien qu'il n'y ait actuellement aucune manifes-



. Ombre peu homogène, mal limitée et plus accentuée en son centre, située dans le 1 /4 supérieur du champ pulmonaire droit.



Après 8 mois d'évolution la tache du sommet droit s'est légèrement estompée.

tation d'ordre évolutif au point de vue pulmonaire, cet homme présente néanmoins un état de méiopraxie générale. Cet état, ainsi que l'importance du reliquat graphique, quoique paraissant être la traduction d'un processus éteint, justifient la mise dans un emploi plus doux et des examens médicaux ultérieurs.

Le 17 mars 1937 : Le même sujet revu à cette époque, présente un meilleur état général.

Les examens de crachats sont toujours négatifs.

Les anomalies radiographiques déjà décrites restent à peu près inchangées, seule la tache plus dense occupant le milieu de l'ombre diffuse du sommet droit, s'est elle-même estompée.

Conclusion : Nous venons de rapporter l'observation d'une opacification de la région claviculaire, chez un homme dont les antécédents pleuraux, bien que lointains ne font pas de doute, puisqu'ils ont justifié une pension de 10 %.

Or, l'éloignement de cet épisode pleural, et des documents iconographiques du dossier, faits à près d'un an d'intervalle, sans que l'on y trouve de modifications importantes, nous permet de faire le diagnostic de reliquats non évolutifs et indélébiles d'une pleuro-pneumopathie antérieure.

OBSERVATION 8

M^{me} L... R..., âgée de 34 ans est suivie au dispensaire de la rue Vasco de Gama, depuis 1933. A cette époque vient consulter pour asthénie consécutive à une pleurésie droite diagnostiquée par ponction, quelques mois avant.

Antécédents : Quelques mois avant la pleurésie, petite hémoptysie probable.

Examen : A la percussion on note encore une matité de la base droite. A l'auscultation on trouve également une diminution du murmure vésiculaire, et quelques frottements à la base droite. Dans le creux sus-claviculaire du même côté, quelques bruits adventices. A la radio, une ombre assez dense

et s'étendant à toute la base droite, traduit la récente réaction pleurale. Au sommet, opacification importante de la région claviculaire, bien que l'ombre y soit beaucoup moins homogène qu'à la base.

La malade est mise en observation.

Les examens de crachats et de selles restent négatifs.

Cette malade est revue régulièrement jusqu'en 1934 sans que l'on constate de changements, aussi bien dans l'état général qui reste bon, que dans les signes locaux radiographiques.

A cette époque, cette femme qui a conservé une activité normale, accouche d'un bébé qu'elle n'allait pas. Revue ultérieurement encore plus fréquemment, l'état général continue à être excellent.

Des clichés radiographiques faits en 1935 et 1936 montrent toujours des taches sombres à contours nets au sommet droit.

En 1936 et 1937 cette image n'a pas varié.

En résumé : Opacification de la région claviculaire consécutive à une pleurésie du même côté, et n'ayant pas changé de caractère pendant 3 années d'observation.

Conclusion : Comme dans l'observation n° 6, les conditions d'apparition de l'ombre claviculaire décrite plus haut, et son invariabilité pendant 3 années, nous permettent de faire le diagnostic de reliquat non évolutif et indélébile.

OBSERVATION 9

M^{me} B... M..., âgée de 42 ans, vient consulter en décembre 1931, au dispensaire antituberculeux de St-Antoine, pour amaigrissement et asthénie.

Dans les antécédents : Pleurésie droite vérifiée par ponction, au mois d'août 1931. Depuis cette époque, l'état général de la malade n'a jamais été très satisfaisant.

A l'examen : L'auscultation révèle une diminution très sensible du murmure vésiculaire à la base droite, et la percussion, une submatité de cette région.

Le cliché radiographique montre :

A droite : l'image d'un épanchement pleural persistant à la base, cette grisaille remonte d'ailleurs jusqu'au sommet, au niveau duquel on distingue quelques petites taches plus denses qui assombrissent encore davantage cette région.

A gauche : hile remonté et petites taches « en grenaille » à l'extrême sommet.

L'examen des crachats et des selles reste négatif.

La malade est mise en observation et on lui fait des radios successives qui ne montrent aucun changement pendant plusieurs mois.

En juillet 1934 : Après une cure sanatoriale de plusieurs mois, l'état général est excellent. L'image de pachypleurite de la base droite persiste. Au sommet, du même côté, petites taches confluentes dans la région claviculaire.

Du côté opposé, les taches « en grenaille » d'une tuberculose apicale ancienne n'ont pas changé de caractères.

En résumé : Opacification du sommet droit, au cours et après une pleurésie du même côté, et tuberculose apicale gauche. Le diagnostic évolutif de ces lésions en suspens au début, n'a été tranché que par l'évolution.

Conclusion : Ici l'opacification de la région claviculaire, participant autant de la réaction pleurale que du parenchyme sous-jacent, n'a pas les caractères des infiltrats observés dans les premières observations. Néanmoins ses circonstances d'apparition, et son évolution suivie pendant 4 années, permettent de conclure à un « reliquat non évolutif et indélébile » de pleurésie.

OBSERVATION 10

M^{me} A... J..., âgée de 30 ans et exerçant la profession de modiste, vient consulter au dispensaire Léon BOURGEOIS au mois de juillet 1936, pour amaigrissement, et petits points de côté intermittents.

Dans les antécédents : Pleurésie droite vérifiée par ponction en 1926. Cinq ans après cet épisode pleural, on aurait découvert à l'occasion d'une grippe, une lésion au sommet droit que l'on aurait traité par les sels d'or.

A l'examen : Cette malade dont l'état général est bon, ne présente aucun signe suspect à l'auscultation.

Par contre, sur le cliché radiographique on constate une tache floue, mal limitée, peu homogène au-dessus de la clavicule droite. Dans la région sous-claviculaire du même côté, quelques petites taches bien limitées, très opaques, comme taillées à l'emporte-pièce. Rien aux bases.

Les examens de crachats et de selles restent négatifs.

En résumé : Quelques petites taches du sommet droit chez une femme ayant fait une pleurésie du même côté. Le médecin du dispensaire a autorisé cette femme à continuer son travail, tout en lui conseillant de revenir consulter périodiquement.

Conclusion : il semble à peu près évident que cette opacification du sommet soit étroitement liée à la pleurésie antérieure, dont elle constitue un reliquat indélébile et non évolutif. C'est ce reliquat qui a dû être faussement interprété 10 ans après la pleurésie et a suscité une série de sels d'or.

OBSERVATION 11

M. M... C..., âgé de 28 ans, est vu au moins d'octobre 1937 au cours d'un examen systématique, avant un concours d'entrés à la Préfecture de Police.

Antécédents : Pleurésie à l'âge de 18 ans, vérifiée par ponction et guérie en 2 mois.

A l'examen : Bon aspect général.

L'auscultation reste négative.

Le cliché radiographique révèle par contre une ombre diffuse des 2 sommets, constituée de nombreuses taches floues,

mal limitées et surtout accentuées dans la région sous-claviculaire.

Les examens de crachats et les cultures de selles sont négatifs.

D'après cette symptomatologie, il est impossible de conclure sur l'évolutivité de ces lésions, et le malade est mis en observation.

Décembre 1937 : L'état général est toujours bon, et l'auscultation ne montre aucun signe nouveau.

La radiographie ne nous montre pas davantage de modification des taches bilatérales notées lors du dernier examen.

Revu en février 1938 : On ne trouve aucun changement dans la symptomatologie précédente. Néanmoins on conseille au malade de revenir consulter et l'on repousse de quelques mois son admission dans l'administration.

Résumé : Ombres diffuses des 2 régions claviculaires chez un homme qui a des antécédents pleuraux nets et vérifiés 10 ans auparavant. Une observation attentive de ce malade portant sur 5 mois ne montre aucune modification des signes locaux.

Conclusion : Bien que l'on n'ait pas de documents entre les réactions pleurales de 1927 et l'examen de 1937, il est logique de faire l'hypothèse de reliquat non évolutif et indélébile de pleurésie.

Néanmoins comme l'observation de ce malade ne porte que sur quelques mois, on ne conclut pas de façon absolue et l'on fait des réserves sur le pronostic.

OBSERVATION 12

M. G... H..., âgé de 11 ans, vient consulter en octobre 1937 après une pleurésie vérifiée par ponction, dont il reste encore :

Cliniquement : une submatité de la base, une diminution du murmure vésiculaire.

Radiologiquement : opacification des deux tiers extérieurs de la base droite et au sommet :

Aspect nuageux à sa partie interne (voile dense des deux tiers inférieurs). Une petite bande grise traverse la fosse sous-claviculaire obliquement en bas et en dehors.

Cuti-réaction très positive.

Pas de bacille de Köch dans les crachats.

Est envoyé se reposer à Chavagnac (préventorium).

En résumé : Ombre sous-claviculaire droite chez un enfant qui vient de faire une pleurésie séro-fibrineuse du même côté.

Conclusion : Les circonstances d'apparition de cette opacification sous-claviculaire nous fait penser à un reliquat de pleurésie et au bon pronostic que ce diagnostic entraîne en général. Néanmoins en l'absence des éléments donnés par l'évolution, le problème reste en suspens et nous ne pouvons conclure.

OBSERVATION 13

M. F... G..., âgé de 22 ans, exerçant la profession d'employé de commerce, vient consulter au dispensaire Léon BOURGEOIS, au mois de février 1938 pour asthénie.

Antécédents : Cet homme a fait en 1930, pendant son service militaire, une pleurésie séro-fibrineuse gauche, vérifiée par ponction et pour laquelle il a été réformé à 20 %. Il avait été constaté à cette époque une opacification du sommet gauche. Depuis, la commission de réforme a ramené cette pension à 10 % et actuellement arguant de troubles fonctionnels (asthénie, dyspnée, point de côté gauche) le malade désirerait refaire augmenter sa pension.

Depuis cet épisode pleural, aucune poussée évolutive.

Examen : Bon aspect général.

A l'auscultation, respiration rude au sommet gauche et quelques frottements pleuraux à la base.

A la radio : Nombreuses calcifications disséminées au sommet et dans la région hilare droite.

A gauche, quelques petites calcifications à l'apex; et dans la région sous-claviculaire gauche, opacification assez bien limitée et homogène.

Les examens de crachats et les cultures de selles sont négatifs.

Résumé : Nombreuses calcifications et état ombré de la région claviculaire gauche, chez un homme qui a fait une pleurésie gauche 7 ans auparavant.

Conclusion : Ici le problème posé par ce malade est double, étant à la fois clinique et social.

Il est évident que l'opacification du sommet gauche déjà constatée par la commission de réforme au cours de la pleurésie en 1930 et que l'on observe à nouveau en 1938, est un reliquat indélébile et stabilisé de la réaction pleurale antérieure.

Ce diagnostic évolutif posé, résout de lui-même le problème social, car il est non moins évident que ce reliquat, fixé depuis 8 ans, ne doit susciter aucune augmentation de pension.

OBSERVATION 14

M^{me} B... A..., âgée de 23 ans, est suivie au dispensaire Léon Bourgeois, depuis mars 1932. A cette époque, cette malade qui exerce la profession d'employée de banque, était venue consulter pour un amaigrissement et une asthénie sensibles, consécutifs à une congestion pulmonaire grippale qui l'avait alitée une quinzaine de jours.

A ce moment les examens cliniques, tant stéthacoustiques que radiographiques, étaient restés négatifs. De même les examens de crachats et les cultures de selles n'avaient rien montré.

Le 20 avril 1937 : 5 ans plus tard, la malade revient consulter pour une asthénie intense et un amaigrissement considérable.

De 1932 à 1935, cette jeune femme s'est très bien portée et a toujours travaillé. Mais en novembre 1935 a fait une pleuré-

sie gauche diagnostiquée par ponction, cette dernière ayant ramené un liquide citrin. Après cette pleurésie, la malade va se reposer 10 mois dans les Alpes-Maritimes. Mais depuis son retour à Paris en mars 1936, la malade a toujours été fatiguée et n'a pu reprendre son travail que par intermittences.

Malgré des repos répétés de plusieurs mois à la campagne, cette femme se présente en mars 1937, avec un état général déficient. Elle ne toussé pas et ne crache pas et par ailleurs ne présente pas d'instabilité thermique.

A l'auscultation on ne constate qu'une légère diminution du murmure vésiculaire à la base gauche, mais aucun bruit adventive tant au sommet qu'au niveau de la réaction pleurale antérieure.

Les examens de crachats et les cultures de selles restent négatifs.

La radiographie montre un léger état ombré de la base gauche avec le sinus costo-diaphragmatique correspondant comblé. Le hile gauche est très nettement remonté, et l'on peut constater une série de tractus s'étalant en éventail à partir du hile dans la région intercléido hilaire.

Dans la région sous-claviculaire et près du gril costal opacification homogène, assez bien limitée en dehors, puis se confondant en dedans avec l'ombre de la première côte, cette tache dépasse la limite supérieure de la clavicule et se perd progressivement dans la région apicale.

Du côté droit rien à signaler.

En résumé : opacification limitée de la région claviculaire, constatée chez une femme qui a présenté une pleurésie vérifiée par ponction un an auparavant.

La malade est mise au repos, et laissée sous surveillance médicale. Revue périodiquement jusqu'en avril 1938, elle revient consulter à cette époque après avoir fait une embolie pulmonaire droite consécutive à une phlébite.

Malgré cet incident, l'état général est excellent, et l'auscultation ne révèle aucun bruits adventices.

Par ailleurs le cliché radiographique nous donne exactement la même image que précédemment.

OBSERVATION 15

M^{lle} B... J..., âgée de 17 ans vient consulter au dispensaire Vasco de Gama, le 5 juillet 1935, après une pleurésie gauche vérifiée par ponction.

A cette époque l'état général est médiocre, et la malade très amaigrie. Elle tousse, mais ne crache pas.

Dans les antécédents : On ne relève rien en dehors de la pleurésie. Les parents sont bien portants, et la malade a deux sœurs avec lesquelles elle vit et qui n'ont jamais été malades.

A l'examen : Depuis le début de la pleurésie, cette malade présente un état subjectif entre 37°8 et 38°, qui persiste encore. La malade est fatiguée et incapable de faire quoi que ce soit.

On constate à l'examen une submatité de la base gauche avec diminution du murmure vésiculaire et quelques bruits adventices.

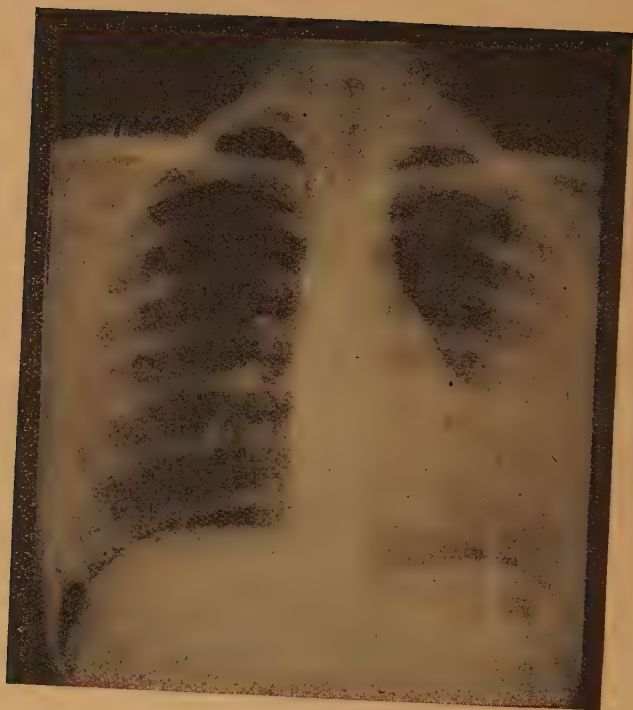
A la radio : On peut observer la persistance de l'épanchement avec un épaississement de la plèvre, qui se traduisent par une ombre assez dense remontant presque jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Dans la région claviculaire, ombre assez dense et bien limitée de forme arrondie, à cheval sur les régions sous-claviculaire et apicale.

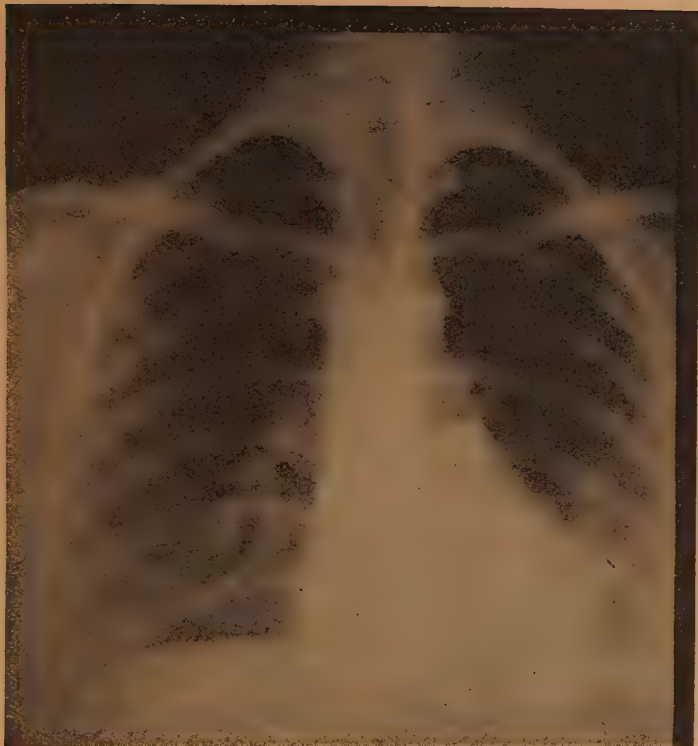
Du côté droit, rien à signaler.

La malade est mise au repos absolu et envoyée à la campagne.

Par la suite, la malade est suivie très régulièrement tous les 2 ou 3 mois, et l'on constate une nette amélioration de l'état général, avec une regression très sensible de l'opacification de la région claviculaire constatée sur les premières radios. Il faut noter cependant que sur la radio du mois de novembre 1935, l'état ombré, bien qu'estompé, s'est étendu à toute la région apicale.



Coexistence sur le même cliché, de l'image donnée par l'épanchement pleural de la grande cavité et d'une opacité de la région claviculaire qui est mal limitée.



Après deux ans d'évolution, l'image de la réaction pleurale de la base gauche n'a pas complètement disparu. Par contre disparition complète de la tache de la région claviculaire.

Entre temps, les examens de crachats et les cultures de selles sont toujours restés négatifs.

En résumé : État ombré de la région claviculaire chez un porteur d'un épanchement de la grande cavité, qui a régressé parallèlement à l'opacité de la base.

Janvier 1936 : Bon état général, la malade a engraisié, elle ne tousse plus.

A l'examen on trouve toujours une diminution du murmure vésiculaire à la base gauche.

Sur le cliché, il ne reste plus que quelques petites taches « en grenaille » au niveau de l'apex, et à la base, le sinus costo-diaphragmatique reste comblé par une ombre qui occupe encore le tiers inférieur du champ pulmonaire.

Étant donné l'état général excellent et la régression continue des signes locaux sur les clichés successifs, on autorise la malade à reprendre un travail peu fatigant, sous surveillance médicale très stricte.

Par la suite la malade est vue tous les deux mois au dispensaire, jusqu'en mai 1938. Jusqu'à cette date, bien qu'elle ait repris progressivement son travail, cette jeune femme n'a présenté aucun incident pathologique et le dernier cliché nous montre toujours à la base gauche, une ombre persistante, avec quelques taches « en grenaille » de l'apex.

Conclusion : Cette observation nous montre la coexistence de l'épanchement et d'une opacité sous claviculaire, qui a régressé en même temps que l'épanchement.

La stabilité des reliquats de cette lésion apicale, pendant plusieurs années, nous permet de la considérer comme étant cicatrisée, et de la classer dans le syndrome que nous avons l'intention d'isoler.

OBSERVATION 16

M. B... F..., âgé de 30 ans, agent de la préfecture de Police, vient consulter au mois d'octobre 1935, pour mauvais état général et un amaigrissement considérable.

Dans les antécédents : On ne retrouve aucune pneumopathie aiguë ou chronique.

A l'examen : L'auscultation ne montre rien, par contre la radiographie révèle une image suspecte du sommet droit. C'est une grosse tache floue et mal limitée, occupant la région sous-claviculaire (son bord interne en demi cercle est assez bien limité, par contre ses limites externes se perdent dans une zone de grisaille atteignant le gril costal.

A la base du même côté, opacité nette à limite supérieure rectiligne et horizontale, comblant le sinus costo diaphragmatique.

Par ailleurs rétraction costale et ascension du hile du côté droit.

Le malade est mis en observation.

Revu 2 mois après, le 3 décembre 1936 : L'état général s'est amélioré. La tache du sommet a régressé, l'ombre est moins dense, ses limites moins précises, elle se prolonge vers l'apex par quelques petites taches aberrantes.

A la base, l'opacité décrite plus haut persiste.

Le 5 mars 1937 : La radio ne montre aucune modification des images précédemment décrites, mais l'apparition d'une ombre peu homogène et mal limitée, dans le tiers inférieur du champ pulmonaire droit, immédiatement au-dessus de l'opacité de la base.

Par ailleurs, amélioration de l'état général, le malade a engraisé de 2 kilos.

Tous les examens de crachats, ainsi que la culture des selles pratiqués dans l'intervalle, sont restés négatifs.

Juillet 1937 : Aucune modification de la symptomatologie précédente. Cet agent présente toujours un excellent état général.

Résumé : Chez ce malade qui présente une réaction pleurale de la base droite, restée absolument silencieuse, mais radiologiquement évidente, opacification arrondie de la région claviculaire. Les clichés successifs, nous font assister à une régression sensible de cette image en 10 mois d'observation.

Conclusion : Bien que l'on ne puisse pas affirmer que l'image

du sommet procède de la réaction pleurale de la base, puisque nous n'avons pas de documents iconographiques antérieurs à cette dernière, il est logique de la considérer comme telle, et d'en faire un « reliquat régressif ». C'est la conclusion, encore en suspens, du médecin de l'administration qui a autorisé cet agent à reprendre son service, sous condition de visites médicales périodiques.

OBSERVATION 17

M. M... A..., âgé de 44 ans, exerçant la profession de peintre à la compagnie de l'état, vient consulter le 27 septembre 1935, parce que depuis plusieurs années, il fait des bronchites à répétition et que dernièrement, il a fait une poussée un peu plus importante.

Antécédents : Il y a une dizaine d'années, aurait fait une petite hémoptysie qui n'a pas été vérifiée.

Pas d'antécédents familiaux.

A 4 enfants bien portants.

N'a jamais arrêté son travail.

A l'examen : Bon état général.

On ne trouve aucun signe stéthacoustique.

La radiographie montre une asymétrie thoracique, avec rétraction du médiastin sur le côté droit. Pas de manifestations importantes, néanmoins une tache floue, peu homogène et mal limitée dans la région sous-claviculaire droite.

La bacilloscopie est négative.

Résumé : Phénomènes de catarrhe bronchique, avec petite hémoptysie ancienne très probable. Sur le cliché, on peut observer à la fois les signes indirects d'une réaction pleurale ancienne (asymétrie thoracique et rétraction du médiastin) passée inaperçue et au sommet, un petit reliquat d'une lésion probablement cicatrisée.

On conseille néanmoins au malade de venir consulter périodiquement.

Jusqu'au mois d'avril 1937 : Cet homme vu périodiquement, n'a jamais présenté de signes évolutifs et les examens de crachats et de selles sont toujours restés négatifs.

A cette date, le malade présente un amaigrissement sensible et de l'asthénie.

Par ailleurs, il nous dit présenter une légère élévation thermique vespérale. Mais aucun signe stéthacoustique et sur le cliché aucune modification de la tache du sommet droit déjà décrite.

La bacilloscopie resté négative.

Cet homme continue à travailler tout en restant sous une surveillance médicale encore plus étroite.

Décembre 1937 : Reprise de l'état général.

A la radio, la petite tache de la région claviculaire droite est à peu près complètement disparue.

En résumé : Disparition d'une petite opacification d'un sommet en 2 ans chez un homme qui présente quelques signes radiographiques indirects d'une réaction pleurale passée inaperçue.

Conclusion : Comme dans l'observation précédente (n° 16) bien qu'on ne puisse pas l'affirmer, il nous est permis de considérer cette image comme le « reliquat labile » d'une réaction pleurale. Cette hypothèse est fondée, sur la notion de fréquence, les caractères propres et l'évolution particulière de cette opacification.

OBSERVATION 18

M. A., R., âgé de 44 ans, vient consulter au mois de juillet 1931, parce qu'il est fatigué et qu'il maigrit.

Dans les antécédents : On note, une grippe et une pleurite du côté droit au début de l'année. Depuis cette époque, le malade tousse et crache, il accuse par ailleurs des sueurs nocturnes et un état subfébrile qui s'est prolongé pendant plusieurs semaines. Enfin, depuis mars, il a maigri d'un kilo.

Une scarlatine à 21 ans, service militaire dans le service armé.

Dans les antécédents familiaux, mère morte de congestion cérébrale à 50 ans et sœur morte de méningite à 27 ans.

A l'examen : On constate un bon état général, et on ne trouve aucun signe stéthacoustique.

Par contre, le cliché radiographique révèle :

1° Un hémidiaphragme droit déformé, rétracté, avec un sinus costo-diaphragmatique qui disparaît dans une ombre diffuse de la base.

2° Les hiles sont remontés et de chacun d'eux, partent en éventail des tractus broncho-vasculaires très accusés ; tous les deux semblent calcifiés.

L'apex droit est voilé et de la région sous-claviculaire du même côté, on constate une ombre diffuse peu homogène, mal limitée et assez étendue.

La bacilloscopie a été négative après homogénéisation des crachats.

Le malade est mis au repos et est suivi très régulièrement.

Sous l'influence du repos, l'état général du malade s'améliore considérablement, (il engraisse de plusieurs kilos) et à la radio on assiste à une régression des ombres déjà décrites.

Le cliché du mois de mai 1932 : nous montre en effet une ombre sous claviculaire, qui a diminué d'étendue et est constituée de petites taches très opaques, elle semble correspondre à une lésion ancienne calcifiée, ne présentant plus aucun signe évolutif, ainsi qu'en témoignent les clichés antérieurs. Par ailleurs, l'hémidiaphragme droit est toujours déformé et les hiles relevés.

En raison de l'état général excellent et de ces radios successives, on autorise la reprise du travail le 30 mai 1932, à condition toutefois que le malade soit suivi régulièrement.

Bien que continuant son travail le malade est examiné radiologiquement tous les deux mois jusqu'en 1936.

Au début de cette année 1936 : Le malade est fatigué, anxieux, et la radio révèle du côté gauche l'apparition d'une ombre

relativement assez dense de la région sous-claviculaire. Par ailleurs, rien de nouveau.

Le malade est mis au repos, et un mois après, cette ombre a presque disparu ; il n'en subsiste plus qu'un faisceau de *trac-tus inter cléido hilaire*.

Jusqu'en 1937 : Le malade reprend son travail, toujours suivi régulièrement.

Au mois de mai 1937 : Réapparition dans le tiers supérieur du champ gauche, d'une ombre arrondie, dense, bien limitée.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats après homogénéisation.

Le malade est mis au repos, mais deux mois après, la tache s'agrandie, bien que le malade ait conservé un bon état général.

Août 1937 : L'opacification gauche s'est ulcérée.

La bacilloscopie est positive.

On institue un pneumothorax gauche et le malade est envoyé au sanatorium.

Résumé : Opacification arrondie sous-claviculaire droite, chez un malade qui présente de vagues antécédents de pleurite du même côté, datant de quelques mois. Un sinus costo-diaphragmatique comblé et un hémidiaphragme festonnés, sont les témoins de cette réaction pleurale antérieure.

Régression sensible de cette image jusqu'au début de l'année 1932, puis pendant 4 ans, aucune modification.

En 1937, poussée évolutive du côté opposé, dont on ne connaît pas la cause déclenchante.

Conclusion : Cette opacification, peut encore ici, être considérée comme le reliquat indélébile d'une réaction pleurale discrète. Mais ainsi que le montre cette observation, si le pronostic d'une lésion semblable est bon, son porteur, n'est jamais à l'abri d'une poussée évolutive survenant de nombreuses années plus tard en un point différent du champ pulmonaire.

OBSERVATION 19

M. M... R..., âgé de 28 ans, postulant facteur mixte à la compagnie de l'État, aurait eu une pleurésie vers l'âge de 17 ans.

En décembre 1933 : A été considéré inapte à remplir son emploi ; à la scopie, on avait trouvé à ce moment, une bande sombre importante, partant du hile droit et remontant jusque derrière la clavicule. Quelques taches denses, à contours nets et de très petites dimensions, dans la région sous claviculaire du même côté. Un hémidiaphragme gauche aplati et immobile.

A cette époque a été ajourné à 6 mois.

En mai 1934 : A été considéré comme apte. On a noté alors les mêmes anomalies radiologiques qu'en décembre 1933, avec des séquelles pleurales discrètes à gauche, visibles à la scopie, mais sans signe stéthacoustiques.

En raison de la robustesse du candidat, qui a fait son service militaire dans le service armé, de l'ancienneté de la lésion initiale (pleurésie probable en 1922) on conclut à l'aptitude.

Néanmoins ce candidat, n'a pu avoir d'emploi au réseau, et renouvelle sa demande au début de 1937.

Examiné à nouveau à cette occasion, il a été considéré comme inapte, après un examen radioscopique.

Cul de sac costo-diaphragmatique gauche bloqué, cinématique pauvre, calcification pré-hilaire importantes.

Très bon état général.

On fait une graphie qui montre manifestement à droite un reliquat pleural avec déformation et élévation du diaphragme. Petites opacités du type calcifié de la région du sommet. Cul de sac gauche légèrement estompé. Quelques calcifications hilaires gauche.

Ne tousse pas ne crache pas.

Bacilloscopie négative.

En résumé : Chez un jeune homme qui présente des antécédents pleuraux probables, taches de petites dimensions, très opaques, et comme taillées à l'emporte-pièce dans la région

sous claviculaire droite. Dans la même zone, bande composée de nombreux tractus, monte du hile vers la clavicule.

Conclusion : L'ancienneté de la réaction pleurale dont ces taches procèdent très certainement, leurs caractères propres et la notion d'évolution apportée par les examens radiologiques successifs, font aisément faire le diagnostic de lésion ancienne calcifiée. Ainsi le médecin de l'administration a-t-il pu conclure à l'inaptitude.

OBSERVATION 20

M. S... B..., âgée de 27 ans, candidat à l'emploi de peintre à la compagnie de l'État.

Ce jeune homme engagé militaire depuis 8 ans, dont 6 ans aux colonies, ne présente pas d'antécédents personnels ou familiaux.

A l'examen : Bon état général.

Pas de signes à l'auscultation.

Néanmoins, après un examen sous écran, a été considéré comme inapte en raison de condensations sous-claviculaires droites et au-dessus du hile gauche.

Il est revu ensuite après un examen radiographique qui a montré, deux petites taches assez denses et bien limitées, sous la clavicule droite, dans le champ gauche quelques petites taches également. Par ailleurs hiles relevés ; bosselures de l'hémidiaphragme droit.

En résumé : Petites opacifications très denses de la région claviculaire chez un homme présentant par ailleurs des signes radiologiques d'une tuberculose pleurale antérieure.

En conclusion : L'absence de poussées évolutives chez un homme engagé militaire depuis 8 ans et le caractère propre des images radiographiques permettent de conclure qu'il s'agit ici de reliquats non évolutifs et qu'en conséquence cet homme peut être considéré comme apte au point de vue pulmonaire.

OBSERVATION 21

M. F... M..., postulant l'emploi de facteur mixte à Laval vient consulter le 13 janvier 1937.

Vu rapidement, présente un bon état général.

Pas d'antécédents pathologiques importants.

La radiographie montre une opacité diffuse de tout le sommet droit avec une rétraction du diaphragme du même côté.

Du côté gauche, opacité du hile qui est remonté.

En résumé : Opacité très étendue du sommet droit chez un malade présentant par ailleurs une rétraction du diaphragme, anomalies trop importantes pour conclure à l'aptitude. Pas d'examens de crachats.

Conclusion : L'inaptitude est la seule conclusion à tirer de ce dossier incomplet. Bien qu'il soit probable que cette opacification soit le reliquat d'une réaction pleurale antérieure, passée inaperçue, il nous est impossible d'en donner le diagnostic et le pronostic d'après un seul cliché.

LES OPACIFICATIONS LIMITÉES DE LA RÉGION CLAVICULAIRE APRÈS LES PLEURÉSIES DE LA GRANDE CAVITÉ

Cette opacification est essentiellement caractérisée par le terrain sur lequel elle est observée (antécédent pleural antérieur), la carence quasi complète des signes fonctionnels et stéthacoustiques, ses caractères topographiques et iconographiques et traduit une lésion stabilisée ou en évolution régressive.

Étiologie et conditions d'apparition de l'opacification. L'existence et l'individualisation en une entité nosographique définie de l'opacification décrite plus loin, sont strictement conditionnées par une réaction pleurale de la grande cavité. D'après les observations que nous venons de rapporter, il est facile de se rendre compte de l'extrême variabilité de la séméiologie des antécédents pleuraux dont procède cette tache de la région claviculaire.

Sur les 21 observations citées plus haut, la réaction pleurale antérieure n'a été diagnostiquée que dans les 15 premières. 14 fois seulement la pleurésie s'est accompagnée d'une symptomatologie assez bruyante pour inquiéter le malade et l'amener à consulter. Or, si l'on parcourt en détail chacune de ces observations et que l'on fouille méticuleusement les dossiers, on constate qu'il s'agit de pleurésies banales « a frigore », qui ne

présentent aucun signe de gravité particulière et dont l'évolution n'a duré que quelques semaines.

Sur les 14 cas que nous venons de rapporter, 12 fois l'épanchement a été vérifié par une ponction exploratrice qui à chaque reprise a ramené un liquide citrin présentant tous les caractères cyto bactériologiques des épanchements séro-fibrineux. De plus, jamais au cours de ces histoires pleurales l'abondance de l'épanchement n'a été suffisante pour susciter une thoracentèse d'évacuation..

Dans les observations 4 et 5, la réaction pleurale a été vérifiée par un cliché radiographique qui est venu signer le diagnostic au cours d'une séméiologie bâtarde ayant prêté à confusion au début.

Dans les 6 dernières observations, la pleuro-pneumopathie a été suffisamment silencieuse pour rester inaperçue du malade, et n'a été diagnostiquée que rétrospectivement, grâce aux déformations du sinus costodiaphragmatique, de l'hémidiaphragme et de l'hémi-thorax correspondants. Nous savons en effet, que chacune de ces anomalies radiographiques ne peuvent être que la conséquence d'une atteinte pleurale plus ou moins ancienne, dont elles constituent les reliquats indélébiles et pathognomoniques.

Or, si nous faisons état de la carence fréquente des signes fonctionnels et généraux des épanchements pleuraux et de l'inconstance des reliquats de la base qu'ils peuvent laisser à leur suite, nous pouvons déjà entrevoir que l'opacification que nous allons décrire, dépasse assez souvent le cadre étroit des observations où les antécédents pleuraux sont connus ou facilement reconstitués par les signes graphiques qu'ils ont laissés à leur suite.

Fréquemment, ainsi que dans les observations 17 et

20 où les reliquats témoins de la réaction pleurale ancienne sont très discrets, nous avons pu observer des taches présentant tous les caractères de celles qui font l'objet de notre étude, à l'exception de leur étiologie pleurale qui n'a pu être retrouvée. Cette éventualité fera l'objet d'une forme clinique spéciale au cours de la description de ce syndrome.

La date d'apparition de l'opacification du sommet est difficile à fixer exactement, par rapport à celle de l'épanchement de la grande cavité. C'est même un problème insoluble lorsque le diagnostic de cet épanchement n'est fait que rétrospectivement, à l'occasion de la constatation sur un cliché d'un sinus costo-diaphragmatique comblé ou d'un hémidiaphragme déformé ; dans ce cas on ne peut même pas affirmer que la tache du sommet procède de la réaction pleurale, puisque faute de documents radiographiques, nous ignorons la précession de celle-ci sur celle-là.

C'est le cas de nos 6 dernières observations, et seule la notion de fréquence et les caractères propres de chaque image nous ont permis de les intégrer dans ce syndrome.

Pour les 14 premières observations, s'il nous est facile de constater la quasi simultanéité de la réaction pleurale de la base et de l'opacification du sommet, il est par contre à peu près impossible de préciser leur date d'apparition l'une par rapport à l'autre.

En particulier, toujours faute de clichés antérieurs à la pleurésie, nous ne pouvons pas affirmer que celle-ci est bien la première en date, et le doute qui subsiste sur la succession ou précession de la tache de la région claviculaire, suscitera un peu plus loin, dans un chapitre spécial de pathogénie, une discussion ou seront envisagées les différentes hypothèses possibles. Ici nous

ne tiendrons compte que des données empiriques apportées par ces 14 observations, sans essayer de savoir quelle est, de la tache ou de la pleurésie, celle qui est la conséquence de l'autre.

D'ailleurs bien que le problème ainsi posé soit insoluble, nos conclusions sur la spécificité clinique et pronostique de cette tache, n'en seront point modifiées.

Quand on parcourt les antécédents de ces 14 malades, on s'aperçoit que l'opacification a été découverte 4 fois avant que l'épanchement soit résorbé (obs. nos 1, 8, 9 et 15), qu'à 3 autres reprises, elle a été constatée au cours de cette résorption (obs. 3, 4 et 12) alors que l'ombre de la base, bien qu'en régression, n'avait pas entièrement disparu et qu'enfin dans tous les autres cas (obs. 2, 5, 6, 7, 13 et 14) elle n'a été révélée que par des examens radiologiques beaucoup plus tardifs, parfois plusieurs mois et même plusieurs années après les antécédents pleuraux.

Cette constatation tardive n'implique d'ailleurs pas que la lésion du sommet soit apparue aussi longtemps après la manifestation pleurale initiale, mais il nous est permis de penser au contraire, que seule la carence des examens radiographiques, a laissé ignorer son existence. Si l'on ne tient compte que des quelques cas (nos 6 et 15) où les malades ont subi dès le début de leur pleuropneumopathie des examens radiologiques périodiques, on peut constater que cette tache a été découverte, soit pendant, soit quelques semaines après la phase aiguë de la pleurésie. La notion de l'apparition rapide de la tache claviculaire est capitale, c'est elle qui permet de la rattacher à sa cause et d'en faire le diagnostic différentiel, comme nous le verrons ultérieurement.

Quoiqu'il en soit, de tout ce que nous venons de développer dans ce paragraphe, il suffit de retenir que l'in-

flammation pleurale tuberculeuse est la seule étiologie possible et obligatoire de ce syndrome, que la constatation isolée de cette opacification doit nous faire rechercher la possibilité d'antécédents pleuraux fréquemment passés inaperçus, et qu'enfin, c'est sa constatation relativement précoce qui nous permet de la rattacher à sa cause et d'en faire une tache en rapport avec la pleurésie.

DESCRIPTION CLINIQUE DU SYNDROME

La séméiologie fonctionnelle et stéthacoustique de ce syndrome, n'est qu'un élément accessoire dans l'élaboration de son diagnostic.

Lorsqu'on feuillette les observations et les démonstrations que nous avons choisies pour rapporter ici, nous ne trouvons dans l'expression subjective, fonctionnelle et générale de ces lésions aucun caractère d'individualité originale. Au cours des observations, où elles apparaissent pendant ou peu de temps après la phase aiguë de la pleurésie, il est impossible dans la séméiologie discrète accusée par le malade, de faire le départ entre ce qui est imputable à la réaction pleurale de la base et à l'opacification du sommet.

Ces malades, comme dans les observations 1, 3, 4, 8, 9 et 12 accusent de vagues douleurs thoraciques à localisation le plus souvent variables. Rarement, ainsi que dans l'observation 4 le malade présente une toux fréquente suivie d'expectoration. Le plus souvent on ne note qu'un peu d'asthénie et d'amaigrissement que la pleurésie en cours ou très récente, suffit amplement à expliquer.

Enfin jamais il n'a été relevé d'ascension thermique, même passagère, en dehors des observations 1, 8 et 9, où la pleurésie est encore en pleine évolution.

Dans les autres cas, la constatation tardive du syndrome, élimine les erreurs d'interprétation et d'attri-

bution de ces signes fonctionnels et généraux, que le malade peut alors présenter. Sur 8 observations, cette éventualité assez rare ne s'est présenté qu'à 3 reprises et chaque fois le malade a été amené à consulter pour asthénie et amaigrissement. Dans tous les autres cas, le diagnostic de cette lésion a été une découverte inattendue au cours d'un examen prophylactique ou systématique en vue d'une admission ou d'une titularisation dans une administration.

L'indigence de cette symptomatologie fonctionnelle et générale, n'est d'ailleurs pas compensée par des signes stéthacoustiques plus fréquents, nombreux et éloquents.

Dans les diverses observations où la réaction pleurale de la base n'est pas encore éteinte, il est possible, bien que ce soit inconstant, de trouver à ce niveau, une matité ou submatité, s'accompagnant d'une diminution de murmure vésiculaire et parfois même de bruits adventices, tels que des frottements.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on constatera à un sommet une rudesse respiratoire (obs. 13) ou quelques crépitants fins (obs. 2 et 8) dont la discrétion et la difficulté d'interprétation ne peuvent permettre de conclure.

Ainsi à une symptomatologie fonctionnelle et générale aussi peu caractéristique que possible, l'examen stéthacoustique ne fait qu'ajouter son impuissance à révéler ce syndrome, soit que la lésion demeure tout à fait silencieuse, soit qu'elle se traduise par des signes auxquels leur variété et leur variabilité ôtent tout intérêt diagnostique et pronostique précis.

Les examens de laboratoire et les réactions biologiques n'apportent également aucun élément précis, susceptible de résoudre ces difficiles problèmes. La cuti-

réaction toujours positive, ne fait que corroborer les manifestations pleurales d'origine tuberculeuse, contemporaines de l'opacification du sommet ou que l'on retrouve dans ses antécédents.

Les examens de crachats après homogénéisation, ainsi que les cultures de selles, toujours négatifs, ne nous permettent point de conclure. Néanmoins bien que négatifs et même précisément parce qu'ils sont tels, les renseignements qu'ils nous donnent ne sont pas complètement dépourvus d'intérêt. Comme nous le verrons ultérieurement, l'absence de bacilles dans les crachats ou les selles peut dans une certaine mesure mettre sur la voie du diagnostic, car c'est un argument contre les infiltrations du type Rist-Ameuille, dont le diagnostic se pose parfois. Mais la bacilloscopie positive est un signe beaucoup trop inconstant au cours de ces pneumopathies tuberculeuses, pour que sa négativité nous permette de les éliminer ; tout au plus cette dernière pourra-t-elle être un élément de présomption en faveur du syndrome qui nous occupe. D'ailleurs pour notre opacité, comme dans n'importe quel chapitre de phtisiologie moderne, il ne faut pas exagérer la valeur et l'importance diagnostique et pronostique de la constatation d'un ou plusieurs bacilles acido-résistants dans l'expectoration ou les selles. Seuls des examens positifs, répétés à quelques semaines d'intervalle ont une signification indiscutable. Même si le cas s'était présenté au cours des 21 observations que nous citons, nous n'aurions pas tenu compte d'une bacilloscopie positive isolée pour infirmer un diagnostic que nous aurait imposé par ailleurs une séméiologie évidente.

Au cours de l'évolution de l'opacification, l'absence de bacilles dans les crachats et les selles est également

la règle. Une seule fois (obs. 4) la bacilloscopie positive est venue confirmer une poussée évolutive de tuberculose pulmonaire apparue chez un homme maintenu en observation et porteur d'une lésion au sommet que l'on croyait être un reliquat non évolutif de pleurésie.

La séméiologie de ces taches du sommet va donc se résumer essentiellement en une image radiographique dont nous allons décrire tous les caractères.

Nous avons vu les conditions d'apparition de cette opacification que nous avons individualisée et isolée, pour en faire une entité nosographique, aussi nous ne reviendrons pas sur toutes les anomalies radiographiques de la base qui l'accompagnent et permettent seules d'en faire le diagnostic dans la plus grande pluralité de cas.

L'iconographie qu'il nous a été possible d'étudier pour établir ce syndrome, ne revêt pas toujours et rigoureusement les mêmes modalités. Dans les diverses observations que nous avons rapportées, plusieurs s'éloignent plus ou moins de l'image que nous allons prendre pour type, mais nous verrons, dès la fin de ce paragraphe comment on doit les interpréter et pourquoi nous les avons faites entrer dans le même cadre nosographique.

Description radiologique de l'opacification de la région claviculaire consécutive aux pleurésies de la grande cavité

C'est par elle que nous allons terminer l'étude clinique de ce syndrome dont elle résume à peu près toute la séméiologie. L'iconographie fournie par les diverses observations déjà citées, est loin de donner des images toujours superposables. Nous allons prendre

pour type de description, l'opacification homogène relativement bien limitée et de forme arrondie, observée dans la région claviculaire. Ce sont les images des observations 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 18 et 21 dont nous n'avons qu'à relire les comptes rendus radiographiques pour avoir une représentation exacte de la lésion.

SA LOCALISATION

Nous avons donné au début de cet exposé, les limites et repères radiographiques de la région où l'on peut l'observer. Cette topographie rigoureuse ne souffre pas d'exception, de même que l'étiologie pleurale, elle est une condition obligatoire du syndrome dans la définition duquel on l'a faite entrer. Néanmoins, dans le cadre même de la zone ainsi fixée par l'expérience, l'opacification affecte une nette prédilection pour la région sous-claviculaire dont elle occupe alors de préférence la partie externe. Plus rarement, exactement à 4 reprises (obs. 1, 7, 8, 21), nous avons observé la localisation rétro-claviculaire, et chaque fois la lésion empiétait sur l'apex et la région inter-cléido-hilaire.

SA FORME, SES LIMITES

C'est une ombre le plus souvent arrondie, plus ou moins bien délimitée, mais en général à bords assez flous et sans limites précises.

SON DEGRÉ D'OPACITÉ

Cette ombre est plus ou moins foncée, mais en général assez peu dense, d'aspect nuageux. Le degré d'homogénéité de cette tache, très variable, est surtout fonc-

tion de la période de l'évolution à laquelle elle est observée. En général assez opaque au début (obs. 1, 3, 4, 8, 9, 12) elle s'estompe en vieillissant. Nous en étudierons d'ailleurs ultérieurement les différents caractères au cours de l'évolution. Enfin, dans certains cas (obs. 7) l'opacification se dédouble en 2 zones d'ombre d'intensité différente, l'une centrale très marquée, l'autre en couronne, beaucoup plus discrète.

SA TAILLE

En général de la dimension d'une pièce de 2 francs, elle peut osciller entre 2 et 3 ou 4 centimètres de diamètre. De la comparaison concrète et des quelques chiffres que nous venons de donner, il ressort que les dimensions de cette tache sont relativement restreintes. Une seule fois (obs. 4) elles ont été plus importantes et c'est précisément le seul cas qui ait évolué ultérieurement vers l'extension, la généralisation et la mort. Mais cet exemple isolé ne doit point nous faire conclure que les dimensions de la tache sont un élément de diagnostic et de pronostic indiscutables. Comme nous le verrons un peu plus loin, au cours de son évolution elle s'élargit fréquemment, tout en s'estompant sans que l'on soit autorisé à parler d'aggravation. Même sans documents antérieurs, une image importante constatée au cours d'un 1^{er} examen radiographique pratiqué tardivement, ne doit donc pas nous faire porter un mauvais pronostic, qui serait en contradiction avec le contexte clinique.

Dans le cas particulier de l'observation 4 où l'opacification n'a pas varié pendant 8 mois et s'est accompagnée pendant toute cette période d'un excellent état général, il semble que ses dimensions soient beaucoup

moins responsables de l'évolution ultérieure, que n'importe quelle cause déclanchante toujours possible, bien qu'on ne l'ait pas retrouvée ici. Nous concluons donc, en disant que la taille de cette image, isolée de la symptomatologie complémentaire n'a qu'une importance relative et que tout au plus dans certains cas, elle peut, par son importance, nous faire suspecter une lobite type Rist-Ameuille, dont le contexte clinique, la bactériologie et l'évolution, viennent en général signer très rapidement le diagnostic.

Mais à cette description schématique, il est indispensable d'apporter des réserves. Nous avons pris pour type de description des opacifications récemment apparues chez des sujets dont souvent l'évolution de la pleurésie n'était pas encore terminée. Or, dans la pratique, il est beaucoup plus fréquent que ces images soient observées plus tardivement, et d'après les observations que nous connaissons déjà, nous savons qu'elles n'ont plus les mêmes caractères. Cependant, même observée précocement, il arrive que l'opacification diffère du type que nous en avons donné.

FORMES CLINIQUES

Elles sont conditionnées par les variations de localisation, de forme ou de taille et de degré d'homogénéité. Tout d'abord en ce qui concerne la localisation, alors que l'opacification occupe presque toujours la région infra ou rétro-claviculaire, nous avons pu constater au cours de l'observation 9 qu'elle peut atteindre également la région sus-claviculaire dont elle ne dépasse pas les limites. Il faut noter dans ce cas particulier que le côté opposé présente la même lésion du sommet symétrique de la précédente, avec exacte-

ment les mêmes caractères évolutifs. Chez ce malade, la tache diffère en outre du type de description schématique, par son degré d'homogénéité, beaucoup moins marqué que normalement et l'impossibilité de la délimiter : il semble qu'elle soit constituée de plusieurs petites taches floues. Ces divers caractères donnent à cette lésion, l'aspect d'une tuberculose apicale bilatérale apparue après une pleurésie droite et évoluant pour son propre compte. Ce diagnostic ne s'oppose d'ailleurs pas à celui du syndrome que nous décrivons, et qui n'est en réalité qu'une variété de tuberculose apicale apparue et évoluant sur un terrain particulier et dans des conditions spéciales. De plus l'évolution vers la guérison de cette opacification de l'extrême sommet est conforme au caractère fondamental de notre type de description.

Un degré d'homogénéité moindre d'une tache plus floue et plus étendue que d'habitude, peut également susciter une forme clinique un peu différente de celle prise pour type. C'est ainsi que les clichés successifs de l'observation 8 nous permettent d'observer dans la région claviculaire une ombre peu dense, mal limitée, semblant continuer l'opacification de la base, primitivement due à l'épanchement, puis à la symphyse. Ce voile du sommet, beaucoup moins opaque que l'ombre sous-jacente, paraît au début remonter jusqu'à l'apex ; mais sur les films suivants, il se limite à la région claviculaire débordant largement en haut et en bas de la clavicule.

Ici ces divers caractères donnent davantage l'impression d'une participation pleurale que parenchymateuse, et si cette ombre ne s'était pas limitée ultérieurement à la région claviculaire nous aurions fait le diagnostic de pleurite apicale.

Opacification de la région claviculaire sans antécédents pleuraux connus

Comme nous l'avons déjà annoncé en faisant l'étiologie du syndrome, la fréquence de ce dernier en l'absence d'antécédents pleuraux connus, autorise à faire état des reliquats de pleurésie les plus discrets pour faire entrer ces images dans le cadre de notre description ; c'est cette éventualité que viennent illustrer les observations 17 et 20.

Ici pas d'antécédents pulmonaires ou pleuraux connus, mais seulement la possibilité très douteuse, d'une petite hémoptysie très ancienne chez le malade de l'observation 17. Pas de signes stéthacoustiques, fonctionnels ou généraux ; c'est chaque fois au cours d'un examen prophylactique que cette lésion est découverte. Malgré cette symptomatologie négative, les films radiographiques montrent des opacifications du sommet plus ou moins étendues et plus ou moins opaques. D'ailleurs les caractères iconographiques de la lésion diffèrent un peu de ceux du syndrome pris pour type. Nous ne sommes plus devant une image récemment apparue, mais datant au contraire très probablement, de plusieurs mois ou plusieurs années. L'anamnèse négative, l'absence de reliquats des bases importants, ne peuvent donner aucun renseignement sur son ancienneté. Seuls importent donc ici, les caractères graphiques de la lésion, que des clichés successifs montrent invariables ou au contraire en régression. Or, comme nous allons le voir au cours de l'évolution du syndrome, l'aspect de l'opacification au cours de ces formes cliniques particulières, est le même que celui que l'on observe dans les cas typiques après une longue période d'évolution parfois stationnaire, mais le plus souvent régressive.

CARACTÈRES ÉVOLUTIFS

ÉVOLUTION DE LA TACHE

D'après les 21 observations que nous avons rapportées plus haut, nous pouvons conclure que la non évolutivité de ces lésions est une règle qui ne souffre que de très rares exceptions. Sur les 21 exemples concrets dont nous nous sommes servis pour illustrer ce syndrome, un seul a donné lieu à une poussée évolutive après 10 mois d'observation pendant lesquels l'opacification n'avait pas changé de caractère et l'état général était resté excellent. Une seule fois (obs. 21) nous n'avons pu suivre le malade assez longtemps, pour conclure sur l'évolutivité de l'opacification qu'il présentait dans la région claviculaire. En résumé, si nous éliminons de notre statistique cette dernière observation incomplète, nous trouvons une poussée d'aggravation contre 19 stabilisations en apparence définitives. Or, nous savons que la non évolutivité et la cicatrisation permettent de considérer ces lésions comme guéries, à condition toutefois d'accorder à ce terme, le sens élargi qu'il est classique de lui donner en phthisiologie et déjà annoncé par nous dans l'introduction de cette monographie.

Nous ne nous étendrons pas sur les 4,5 % des cas ayant évolué ultérieurement vers la généralisation et la mort. Ainsi que nous avons pu le constater pour l'observation 4, l'opacification s'est accentuée et agrandie, puis est devenue speloncaire. Ensuite la généralisa-

tion des lésions s'est faite sur le reste du champ pulmonaire et du côté opposé, selon le rythme hélas, si fréquent des tuberculoses ulcéro-caséieuses évolutives. En somme c'est le tableau classique des poussées évolutives de tuberculose pulmonaire, résultant d'un réveil d'une lésion ancienne et cicatrisée sous l'impulsion d'une cause déclenchante, ici inconnue. Or, au cours de ce syndrome, il ne semble pas que le réveil évolutif impossible à prévoir et ne survenant que dans 4,5 % des cas, soit beaucoup plus fréquent que les tuberculoses pulmonaires évolutives chez des anciens pleurétiques, dont la manifestation pleurale n'a laissé aucun reliquat radiographique.

Cette possibilité bien que rare, n'en justifie pas moins les réserves pronostiques que l'on doit toujours faire en pareil cas, en l'absence de documents radiographiques échelonnés sur plusieurs mois et même plusieurs années.

La fréquence et la variabilité du mode d'évolution vers la guérison de la tache du sommet, retrouvée dans les 19 autres cas rend cette contingence à la fois plus intéressante et plus complexe que celle de l'observation 4. Les clichés successifs pratiqués chez ces malades à intervalles réguliers pendant parfois plusieurs années, nous donnent non seulement le diagnostic de guérison, mais encore les différentes modalités de cette dernière. Nous allons donc étudier en respectant l'ordre chronologique, les dossiers de chacune de ces observations, et nous essaierons d'établir les quelques types évolutifs dont la symptomatologie, propre à chacun d'eux a néanmoins conduit à une conclusion commune : la guérison.

De même qu'à la période initiale, les fiches d'examen pratiqués pendant les nombreux mois d'observations

de ces malades restent le plus souvent muettes sur les signes fonctionnels, généraux ou sthétacoustiques. Tout au plus retrouve-t-on mentionné de temps à autre, un état général excellent, un point de côté intermittent, une asthénie ou un amaigrissement passagers. En raison de la négativité ou de la discrétion de cette symptomatologie complémentaire, nous ne tiendrons compte dans l'étude de l'évolution des opacifications de la région claviculaire, que des documents iconographiques.

ÉVOLUTION DE LA TACHE

Bien que nous ayons été gênés au cours de cette étude par l'absence fréquente de films contemporains de la réaction pleurale initiale, nous avons pu néanmoins classer schématiquement ces opacifications en reliquats indélébiles, régressifs et labiles.

Nous ne reviendrons pas sur les raisons (circonstances d'apparition, évolution particulière) qui nous ont amené à considérer ces taches comme des reliquats de pleurésies, mais il nous faut cependant préciser ici que leur non évolutivité dont on s'est servi pour faire le diagnostic, n'est pas l'expression qui convient exactement. Si ces lésions n'évoluent pas vers l'aggravation, elles n'en sont pas pour cela forcément fixées dans l'espace et le temps ; c'est pourquoi, bien qu'apparemment il y ait incompatibilité entre ces termes, nous avons qualifié ces reliquats, d'indélébiles de régressifs, ou labiles selon leur évolution.

Le premier groupe, qui comprend toutes les opacifications dont les caractères n'ont pas changé pendant toute la durée de l'observation, semble, d'après les exemples que nous rapportons, de beaucoup le plus important. Sur

les 19 malades que nous avons pu suivre assez longtemps pour faire le diagnostic de taches du sommet non évolutives après pleurésie, 10 (obs. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 19) peuvent être rangées dans cette première catégorie. En réalité, il faut faire de sérieuses restrictions sur un tel pourcentage, qui ferait que plus de la moitié des taches observées par nous, répondrait à des lésions anatomiques définitivement fixées, hypothèse qui ne semble pas correspondre à la réalité des faits comme nous le verrons plus loin.

Cette restriction s'impose d'ailleurs dès que l'on examine de plus près chacune de ces 10 observations. A deux reprises seulement nous avons pu retrouver des films contemporains de la pleurésie antérieure, et les 8 autres fois la tache fut découverte incidemment plusieurs mois et même plusieurs années après l'incident pleural. Or, faute de documents iconographiques, il nous est difficile de conclure que ces opacifications n'ont pas changé de caractère entre leur apparition probable, pendant ou immédiatement après la pleurésie, et leur découverte plusieurs années après. Il nous faut donc envisager que plusieurs de ces opacifications seraient entrées dans la classe suivante si nous avions pu les observer plus tôt, et que l'image que nous en avons alors, correspond à la dernière étape de la régression d'une tache, dont les caractères étaient autrefois beaucoup plus accentués. Si l'on considère en effet chacune de ces images, on constate aisément qu'elles ne répondent plus à la description type que nous en avons donné plus haut, et que leur aspect diffère même pour chaque cas particulier.

Les films des observations 5, 7, 8, 11, 13, nous montrent des opacifications beaucoup plus floues et mal limitées que celles prises pour type. De dimensions plus

importantes, il semble qu'en vieillissant, l'opacification ait fait tache d'huile, tout en perdant de son homogénéité et de son intensité : nous ne sommes plus en présence d'une tache, mais d'une ombre. Sur ces 5 cas, l'impression d'une évolution régressive antérieure à l'observation est infirmée une seule fois, par la constatation d'une image (obs. n° 8) restée immuable depuis sa constatation contemporaine de la pleurésie. D'ailleurs dans ce cas particulier, l'opacification est sensiblement mieux limitée, plus opaque et arrondie que dans les autres, elle seule mériterait d'être classée comme « opacification définitivement fixée ».

Les clichés des observations 9, 10, 14, 19 et 20, nous donnent des images encore beaucoup plus différentes de celles que nous avons décrites primitivement. Ici, plus de tache arrondie, plus d'ombre diffuse, mais un aspect en grenaille de la région claviculaire rappelant un peu celui des tuberculoses apicales. De l'opacification de la région claviculaire, on a l'impression qu'il ne reste plus que ces nombreux points opaques, plus ou moins bien reliées entre eux par de fins tractus, et comme précédemment, il semble que ce soit là, l'ultime étape de la régression d'une tache autrefois beaucoup plus grande. Là encore nous n'avons qu'un seul exemple où cet aspect ait été observé dès l'apparition de la pleurésie, et qui puisse donc être considéré comme une opacification définitivement fixée dans son évolution, depuis le début de son apparition.

Seule les observations n° 6 et n° 14, nous montrent une tache semblable à celle que nous avons prise pour type au début de cette étude et dont les caractères sont restés inchangés, pendant les années où on a suivi leur évolution.

En résumé, ce groupe beaucoup plus restreint qu'on

aurait pu le supposer au début, est essentiellement composé d'images atypiques, observées seulement deux fois dès le début de leur apparition, et qui dans tous les autres cas peuvent être considérés comme l'étape terminale d'une évolution régressive ; l'image type, définitivement immobilisée dans l'espace et le temps est l'exception.

Il apparaît donc que la classe des opacifications régressives, dont nous n'avons relevé que 3 exemples (obs. 1, 16 et 19) sur 19 observations, ait été minimisée par la carence des clichés radiographiques contemporains ou immédiatement consécutifs à la pleurésie et le fait que ces 3 cas correspondent tous à des taches découvertes peu de temps après la pleuro-pneumopathie causale vient bien à l'appui de notre hypothèse. Ici, nous assistons en quelques mois et parfois même quelques années, aux modifications graphiques de la tache qui s'estompe, devient moins dense mais augmente de dimension en même temps que ses limites deviennent encore moins précises. Nous avons déjà rencontré cet aspect dans le groupe précédent, nous ne reviendrons pas sur son interprétation.

Cette évolution régressive que nous avons jusqu'alors toujours vu s'arrêter en chemin, pour donner les aspects variés dont nous venons de voir les différents caractères, peut encore dans certains cas aboutir à la disparition complète de la tache. Ces opacifications labiles ont fait l'objet du 3^e groupe de notre classification, que viennent illustrer les observations nos 2, 3, 17. De la tache primitive, il ne reste plus rien ou à peine quelques tractus localisés à la région primitivement lésée.

Cette disparition très lente se fait en plusieurs mois parfois même plusieurs années (obs. n^o 2) et nous pou-

vons en suivre les étapes sur les clichés successifs des observations que nous rapportons.

En résumé, malgré le cas isolé de l'observation n° 4 où l'opacification a évolué vers l'ulcération et la généralisation, après être restée près d'un an sans changer de caractères ; on peut conclure, que dans la règle, les taches de la région claviculaire observées après des pleurésies, régressent le plus souvent, pour disparaître parfois complètement, ou encore restent définitivement stabilisées dans leur aspect initial.

INTERPRÉTATIONS ANATOMIQUES ET PATHOGÉNIQUES DES DENSIFICATIONS BÉNIGNES DE LA RÉGION CLAVICULAIRE CONSTATÉES APRÈS LES PLEURÉSIES DE LA GRANDE CAVITÉ.

Après avoir donné une brève description du tableau clinique de ces opacifications du sommet, que les circonstances d'apparition, les caractères radiographiques et évolutifs particuliers, nous ont permis d'individualiser, il est naturel, comme dans tout syndrome pulmonaire, d'essayer de compléter son identification par une étude anatomique. Mais ici, en raison même de son caractère essentiel de bénignité, il nous est impossible d'étayer cette étude par l'observation et la description objectives de pièces anatomiques, qui nous font complètement défaut. De même que pour l'infiltrat précoce, dont la traduction anatomo-pathologique doit d'avantage aux hypothèses d'ASSEMANN et REDEKER qu'aux protocoles d'autopsies, nous allons envisager les diverses interprétations anatomiques susceptibles de répondre à l'image radiologique prise pour type.

D'ores et déjà, nous attirons donc l'attention, sur le fait que nous entrons ici dans le domaine des hypothèses, et qu'il nous est impossible d'apporter une réponse définitive sur le véritable substratum anatomique de cette opacification. D'autre part, nous savons à la suite des travaux des auteurs allemands et en particulier de LYDTM, *Zentralblatt für die Gesamte*

tuberk, 1929, vol. 30, combien il peut être dangereux de faire des interprétations anatomiques trop hâtives et prématurées, à partir d'observations radio-cliniques.

L'analogie des caractères radiographiques de cette opacification avec le früh-infiltrat ou les foyers pneumoniques tuberculeux de RIST-AMEUILLE, nous amène à penser en premier lieu, qu'il s'agit probablement d'une infiltration. Seules diffèrent les conditions d'apparition et surtout les caractères cliniques complémentaires et l'évolution. Dans le cas particulier qui nous occupe, nous n'avons pratiquement jamais retrouvé de signes sthétacoustiques et généraux, la bacilloscopie est restée toujours négative et enfin l'évolution régressive et la stabilisation sont la règle, règle qui ne souffre que de rares exceptions (5 %).

Nous savons néanmoins depuis les travaux de BESANÇON et BRAUN (« foyers pneumoniques tuberculeux curables, étude clinique et pathogénique », société médicale des hôpitaux de Paris, 31 octobre 1912) et depuis ceux de RIST et AMEUILLE, de SERGENT, LÉON BERNARD ; ceux en France de RIBADEAU DUMAS, en Allemagne de ELIASBERG et NEULAND pour les enfants, que ce substratum anatomique ne confère pas toujours au syndrome clinique, une séméiologie bien tranchée et définie, et à son évolution une allure bien déterminée, celle-ci pouvant aller de la guérison complète, en quelques mois, à la caséification suivie de généralisation et de mort.

Nous réclamant donc de la bénignité et de la carence séméiologique quasi-complète de certaines infiltrations décrites dans les formes cliniques des entités nosographiques observées et fixées par ces auteurs, il nous est permis d'expliquer cette opacification en reprenant l'hypothèse formulée par BESANÇON et BRAUN en 1912

au sujet des foyers pneumoniques tuberculeux curables :

« Foyers formés par une zone hépatisée, entourée elle-même d'une zone étendue de splénisation et contenant des foyers de nécrose semblables aux infiltrations jaunes décrites par LAENNEC et susceptibles de s'ulcérer plus ou moins. »

En réalité, cette définition correspond à la phase terminale de l'évolution anatomique de ces foyers pneumoniques, qui n'est jamais atteinte ici. La majeure partie de notre opacité radiographique nous semble due, en effet, à un état inflammatoire et fluxionnaire non spécifique, entourant un petit foyer tuberculeux nodulaire. Le syndrome décrit par nous, serait alors à rapprocher des infiltrations peri-focales ou épituberculeuses, décrites, surtout chez les enfants, par RIBADEAU-DUMAS en France et ELIASBERG et NEULAND en Allemagne.

Nous ne discuterons pas ici le rôle possible de la pleurésie dans la détermination des phénomènes fluxionnaires autour d'un foyer nodulaire. Nous savons que les causes de ces poussées congestives sont multiples, ces dernières constituant un mode d'évolution très fréquent au cours de la tuberculose pulmonaire (thèse de SAHEB de Montpellier, inspirée par BRAUN), et il est évident que la pleurésie peut être la cause déclenchante de l'une d'elles.

Mais les processus de congestion, d'œdème, de splénisation et même d'hépatisation, ne résument pas tous les processus de condensations pulmonaires dont l'aspect radiographique peut se rapprocher de celui que nous avons décrit. Nous savons que FLECHNER, tout en rapportant à ces différents phénomènes la cause principale des infiltrations tuberculeuses limitées du poumon, réclame également une certaine place pour l'até-

lectasie, qui d'après lui, rendrait compte de l'apparition et de la disparition rapides de certaines taches (infiltrations pulmonaires labiles et tuberculeuses de AMEUILLE et LEJARD, société médicale des hôpitaux). Or, la régression rapide de certaines des opacifications (obs. n^{os} 2, 3 et 17, ...) que nous venons de décrire, les apparente un peu à ce genre d'infiltrations et nous sommes en droit de supposer, que là aussi l'atélectasie s'intrique avec la splénisation.

Par contre l'atélectasie isolée d'un sommet, bien que classique, nous semble expliquer plus difficilement cette sorte d'image. D'après BEZANÇON, BRAUN et tout récemment TOURNANT dans sa thèse, la pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité provoquerait une gêne respiratoire du sommet correspondant, entraînant de la sorte un certain degré d'atélectasie, qui se manifesterait à la radio par une ombre homogène limitée de cette région. Pour SERGENT (expl. radiol. de l'appareil resp. pl. 78) cette obscurité du sommet se retrouverait également dans certaines symphises de la base, avec gêne fonctionnelle d'un sommet ; mais alors cette diminution de clarté de la région apicale, disparaissant pendant la toux, ne ferait que traduire l'insuffisance respiratoire.

En réalité, cette hypothèse de l'atélectasie isolée, ne semble point correspondre aux différents caractères cliniques de notre syndrome. La persistance de ce dernier après la pleurésie et en l'absence de tout signe de symphyse, son invariabilité sous l'écran pendant la toux, et surtout son évolution propre le plus souvent régressive, nous portent à rejeter cette explication pathogénique.

Splénisation, hépatisation et atélectasie, ne résument pas tous les modes de tuberculose pulmonaire conden-

sants, susceptibles d'être rencontrés après des pleurésies ou au cours d'examens prophylactiques ou systématiques. Nous avons déjà vu au cours de l'historique que BARD a décrit une forme de tuberculose fibreuse post-pleurétique, à lésions progressives localisées. Or, d'après cet auteur, la lésion qui débute, soit immédiatement, soit plusieurs mois après l'étape pleurale reste longtemps localisée au sommet. Essentiellement constituée par des travées fibreuses à point de départ pleural elle évolue très lentement en s'étendant au reste du champ pulmonaire. Il serait donc logique de retenir cette éventualité, comme explication possible de la tache que nous avons prise pour type de description, si les caractères de ces différentes lésions n'en différaient pas. Mais alors que notre opacification est arrondie, assez bien limitée et homogène, à localisation sous-claviculaire, et évolue vers la régression, la pneumonie pleurogène tuberculeuse de BARD, donne un aspect flou, diffus, peu opaque, à siège surtout pariétal, d'où partent parfois des bandes opaques et évolue vers l'extension.

En réalité, s'il apparaît bien que notre syndrome ne peut être intégré dans le cadre nosographique et anatomique fixé par BARD, la persistance de la tache avec ses caractères initiaux, ou plus fréquemment après une régression importante, nous porte à croire que les phénomènes congestifs du début ne sont pas purs et qu'ils s'intriquent non seulement avec l'atélectasie, mais encore avec des néoproductions fibreuses et une densification parenchymateuse qui, après la phase aiguë du début, restent les seuls témoins de cette atteinte de tuberculose apicale.

Ce sont ces lésions cicatrisées et calcifiées dont nous avons décrit les différents aspects radiologiques au cours

des observations n^{os} 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 et 19, rapportant toutes des histoires pleurales anciennes dont les vestiges apicaux sont d'ailleurs loin d'avoir les mêmes caractères. Les uns semblent correspondre à une lésion nodulaire calcifiée (obs. n^{os} 1, 5, et 16), d'autres donnent l'aspect en grenaille, propre aux tuberculoses apicales abortives, et enfin d'autres encore se manifestent par un voile sombre plus ou moins étendu, qui rappelle les images de pachypleurites apicales (obs. n^{os} 7, 8 et 9). Or, ces différents aspects de lésions pulmonaires tuberculeuses non évolutives, sont bien connus comme reliquats des lobites ou pneumonies tuberculeuses curables classiques, et viennent donc à l'appui de l'hypothèse de l'origine fluxionnaire des opacifications que nous avons isolées et décrites.

Néanmoins, les images des obs. n^{os} 7, 8, et 9, que nous avons dites rappeler par leur aspect les pachypleurites apicales nous amènent également à penser, que les lésions parenchymateuses ne sont peut-être pas seules en cause. Plus étendues et moins denses que l'opacification prise pour type, certaines d'entre elles sont, dès leur apparition, nettement imputables à une réaction pleurale de voisinage et se rapprochent de la sorte des classiques tuberculoses apicales à forme parenchymateuses avec participation pleurale. Nous savons en effet qu'à ce niveau, étant donné le voisinage des deux systèmes anatomiques, les lésions du parenchyme sont souvent assez superficielles pour intéresser également la séreuse. LETULLE et NATTAN, LARRIER, en reprenant l'étude anatomique et histologique des pachypleurites en général, ont pu nettement individualiser cette atteinte pleurale, consécutive à une infiltration sous-jacente. Elle se présente, disent-ils, sous l'aspect d'une coque épaisse, blanc jaunâtre, limitée à la projection

de la lésion parenchymateuse, et présentant parfois à la surface des placards caséeux, influents, comme incrustés dans l'épaisseur de la membrane séreuse, rigide et fibrosée. Il est évident que de telles lésions ne doivent pas passer inaperçues sur un cliché, et qu'elles modifient sensiblement l'aspect primitif de l'opacification prise pour type. Puisque nous venons de voir la participation possible de la plèvre aux lésions parenchymateuses sous-jacentes, au cours de quelques observations rapportées dans cette monographie, nous devons également nous demander, si une atteinte pleurale isolée, est susceptible d'expliquer les autres images que nous y décrivons. Or, en 1912, MAINGOT et MANTOUX ayant placé sur le thorax d'un individu sain, un placard découpé dans la coque épaisse d'une couenne de pachypleurite, avaient démontré que malgré son épaisseur, l'image de ce dernier ne se retrouvait pas sur le film. Plus récemment, CHAUMET, dans une revue générale des aspects radiologiques des pachypleurites, montre combien il est difficile de déterminer la participation des plèvres, aux images complexes fournies par l'ensemble des tissus de la région apicale traversés par les rayons. Et cet auteur conclut enfin que l'opacité des pachypleurites se voit surtout en coupe optique, ce qui explique d'après lui la si grande prédilection des reliquats pleuraux, pour le sinus costo-diaphragmatique. Nous mêmes à cette notion, nous rattacherons la ligne bordante de TOURNANT, qui n'est en quelque sorte, que l'image d'une plèvre épaissie frappée par des rayons tangentiels. Parfois cette dernière peut se manifester au niveau d'un sommet par une ombre linéaire coiffant l'apex et dont l'épaisseur varie entre quelques millimètres et un travers de doigt.

Il semble donc, d'après ces différents auteurs, qu'une

plaque de pachypleurite isolée et bien limitée, ne puisse donner l'opacification homogène à contours assez nets, que nous décrivons ici. De même les voiles de la pleurite apicale décrits par SERGENT, relèvent probablement davantage d'une participation parenchymateuse du cortex que d'une atteinte pleurale isolée.

Mais la pachypleurite ne résume pas toutes les affections pleurales susceptibles de donner des images anormales au niveau des sommets. Les calcifications pleurales d'étiologies diverses et aux localisations multiples, peuvent très bien être la cause d'une tache suspecte d'un sommet, dont nous étudierons les différents caractères radiographiques et cliniques, lorsque nous ferons le diagnostic différentiel de la lésion que nous avons prise pour type.

Ces calcifications pleurales, bien qu'extrêmement rares sont connues depuis fort longtemps. Les premières observations ont été rapportées en 1723 par MORGAGNI, BAILLIE, SOEMMERING après autopsies. Elles se présentent sous l'aspect de placards blancs épaissis, plus ou moins étendus et surtout très durs et rigides, donnant l'impression d'une couenne de pachypleurite infiltrée de sels calcaires.

Telles sont les différentes lésions anatomiques de la plèvre, susceptibles de se traduire par une anomalie radiologique des sommets. Or, comme nous venons de le voir dans ce bref exposé, seules les calcifications pleurales localisées à ce niveau, peuvent donner une image prêtant à confusion avec celle que nous allons prendre pour type et, comme elles occupent elles-mêmes un cadre nosographique bien défini, nous ne les reverrons qu'au diagnostic différentiel.

En résumé, l'entité nosographique décrite par nous, semble être le reliquat d'un foyer parenchymateux,

dans lequel il y a vraisemblablement un élément bacillaire réduit, qui s'est accompagné de phénomènes congestifs et fluxionnaires importants. La résorption de cet état fluxionnaire laisse après elle un reliquat inflammatoire qui se traduit par une densification des tissus, dans laquelle prennent part des tissus d'inflammation chronique, plus ou moins cicatriciels : probablement du tissu fibreux avec peut-être une vascularisation importante, des néoformations conjonctives et du tassement.

Toutes ces modifications sont en effet susceptibles de déterminer une augmentation de la densité spécifique de cette région.

Pour expliquer en effet une opacification radiographique, il faut que nous puissions comprendre et concevoir l'augmentation de cette densité spécifique.

Par contre l'ensemble de la séméiologie nous incite à penser, qu'il n'y a pas ou plus de lésions spécifiques tuberculeuses proprement dites en évolution et en particulier pas de caséification.

Néanmoins comme dans toute production tuberculeuse, même éteinte, au moins au point de vue doctrinal, on est obligé d'admettre l'éventualité de la persistance d'un germe, dans l'épaisseur des tissus cicatriciels.

Cette hypothèse ne s'est trouvée vérifiée, en réalité, que dans une observation (n° 4) qui évolua vers la généralisation, après un an de stabilisation.

On se rappelle aussi, au moins au point de vue théorique, que toute cicatrice peut être à l'origine d'un phénomène fluxionnaire, même en dehors de la tuberculose.

HYPOTHÈSES
SUR LA GENÈSE DES DENSIFICATIONS BÉNIGNES
DE LA RÉGION CLAVICULAIRE
APRÈS LES PLEURÉSIES DE LA GRANDE CAVITÉ

Bien qu'étroitement liées à la constatation d'une pleurésie de la grande cavité ou aux vestiges de ces dernières, c'est volontairement que nous n'avons pas défini ces opacifications comme étant les reliquats de la réaction pleurale antérieure. C'est qu'en effet, faute de documents radiographiques, nous n'avons pu prouver qu'une seule fois (obs. n° 3), la précession de la réaction pleurale sur l'image apicale isolée par nous, alors que beaucoup plus fréquemment (obs. n° 1, 2, 4, 8, 9, 15) nous avons pu constater leur simultanité.

Or, bien que pratiquement cette discrimination n'ait qu'un intérêt restreint, elle présente par contre un grand intérêt doctrinal, et nous ne pouvons que déplorer à cette occasion la carence des examens radiographiques systématiques dans la pratique médicale courante. Ici l'ignorance dans laquelle on se trouve sur l'état pleuro-pulmonaire antérieur à la pleurésie, entraîne ce dilemme impossible à résoudre : « l'opacification du sommet est-elle la cause de la pleurésie ou au contraire, une conséquence de cette dernière ? »

Comme précédemment, nous allons donc passer rapidement en revue les diverses raisons plaidant en faveur de chacune de ces hypothèses, mais étant donné le

caractère purement théorique et doctrinal de cette étude et l'insuffisance des arguments, nous nous garderons de conclure.

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, que le voisinage du double feuillet viscéral et du parenchyme au sommet, créent dans cette région une interdépendance étroite des deux systèmes anatomiques. Il est donc aisé d'imaginer, qu'une infiltration parenchymateuse à ce niveau, puisse avoir sur la plèvre, un retentissement assez important, pour y susciter un épanchement réactionnel. D'ailleurs, en dehors même de cette notion de voisinage, la réaction pleurale pourrait être encore expliquée par la loi de Stocks qui dit que tout phénomène fluxionnaire d'une séreuse est la conséquence d'une lésion du parenchyme sous-jacent.

Il nous est même permis d'aller encore plus loin dans notre hypothèse, et de supposer ainsi que l'ont fait plusieurs phtisiologues, que cet épanchement réactionnel, pourrait constituer une sorte de réaction de défense de l'organisme, vis-à-vis de la lésion tuberculeuse apicale. Cet épanchement mettrait le foyer parenchymateux au repos, en immobilisant partiellement le poumon. Nous savons en effet, que certains auteurs, ont insisté sur le rôle quasi providentiel que des épanchements ont pu jouer, dans l'évolution de certaines tuberculoses pulmonaires, rôle qui a amené ces auteurs, à préconiser dans certains cas la création d'une pleurésie artificielle par injection intra pleurale de très faible quantités d'huile de paraffine, plus ou moins fortement goménolée. C'est dans le même esprit et pour les mêmes raisons, que l'oléothorax ou le sérothorax connurent une vogue passagère il y a quelques années. En réalité, si l'action thérapeutique, de ces pleurésies spontanées ou provoquées peut être due au début surtout, à la masse et

au poids du liquide, elle met beaucoup plus souvent en jeu un mécanisme plus complexe, de rétractilité ou de sclérose pulmonaire inflammatoire à point de départ pleural.

A l'opposé de cette dernière hypothèse, il nous est encore permis de supposer, que la lésion apicale succède à la pleurésie, qui a suscité et crée un terrain propre au réveil et au développement d'une tuberculose pulmonaire. C'est ainsi qu'au cours de l'observation n° 3, nous avons pu voir apparaître l'opacification du sommet alors qu'au début, les clichés ne montraient que l'épanchement de la base. En réalité, cet exemple isolé ne nous permet point de conclure et comme précédemment, nous ne sommes pas autorisés à quitter le domaine des hypothèses. D'ailleurs, même pour ce cas isolé de précession pleurale, vérifiée par radiographie nous pouvons encore supposer, que l'intégrité anatomique, antérieure à l'apparition de l'opacification radiologique n'était qu'apparente.

Qu'elle soit la cause, ou au contraire la conséquence de la pleurésie, cette opacité par sa topographie et surtout son évolution spéciale, peut encore susciter de nouveaux problèmes théoriques sur les caractères qui lui sont propres et nous ont permis de l'individualiser.

La fréquence de la localisation au sommet, des lésions pulmonaires post-pleurétiques, a été mise la première fois en évidence par BARD, qui a décrit sous la rubrique, « formes à lésions pulmonaires autonomes », un processus pneumonique siégeant toujours du côté de la pleurésie, et atteignant en totalité ou en partie, le lobe supérieur. Mais ces lobites, en raison de leur symptomatologie clinique bruyante avec bacilloscopie positive et d'une évolution assez fré-

quente vers l'ulcération, ne peuvent être rapprochées, du syndrome que nous avons isolé, bien que BARD ait noté déjà, la bénignité de certaines d'entre elles. Nous ne faisons donc que les rapporter ici pour mémoire, en raison de leur topographie commune, et à seule fin de montrer la fréquence de cette localisation, des accidents pulmonaires post-pleurétiques en général.

En dehors même, de toute étiologie pleurale, l'affinité particulière des lésions tuberculeuses, pour la région sous-claviculaire est bien connue, et avant l'ère radiologique, il était déjà classique d'en rechercher les signes stéthacoustiques à ce niveau (zone d'alarme de STEPHEN CHAUVET) où ils apparaissaient fréquemment en premier lieu.

Frappé par la fréquence de cette localisation, PARODI a pu montrer en prenant pour base une étude mécanique, que la région sous-claviculaire, favorise l'évolution des lésions à son niveau, parce qu'elle est soumise au traumatisme respiratoire statique et cinématique le plus important. En conséquence, pour cet auteur, les lésions sous-claviculaires sont celles qui ont le moins de tendances à la guérison, et si par hasard elles se cicatrisent, ces cicatrices sont les moins solides.

Or, si la grande pluralité des cas, qu'il nous est permis d'observer en phtisiologie, répond à ces conclusions théoriques, l'évolution à peu près constante de notre opacification vers la guérison, nous en apparaît par contre, d'autant plus paradoxale et particulière. Nous en avons donné, une explication possible un peu plus haut, en faisant jouer à l'épanchement et à la collapsothérapie qu'il réalise, une sorte de rôle providentiel. En réalité, ce rôle nous apparaît bien utopique et nous nous garderons d'en affirmer l'efficacité. C'est pourquoi, restant dans le cadre que nous nous sommes

fixés, nous nous bornerons à la constatation objective de l'évolution favorable, qui oppose cette tache, à tous les processus tuberculeux souvent initiaux, dont cette région est le siège, et qui de par cette localisation même, ont une tendance marquée à l'évolution.

En somme, malgré sa topographie, et en raison même de son histoire clinique qui reste souvent inaperçue, et n'est découverte qu'à l'occasion d'un examen systématique, nous pouvons rattacher cette lésion tuberculeuse de la région claviculaire, aux tuberculoses abortives des extrêmes sommets, étudiées d'abord par BARD et plus récemment par AMEUILLE et ses élèves.

Mais la similitude des interprétations anatomiques de ces opacifications et de toutes les infiltrations susceptibles d'être rencontrées à ce niveau, et surtout, pour peu que la condensation pulmonaire soit assez limitée, la ressemblance de leurs aspects radiologiques rendent parfois leur diagnostic assez difficile, et nous obligent à discuter dans un chapitre spécial, les diverses entités anatomo-cliniques à envisager.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES OPACIFICATIONS LIMITÉES DE LA RÉGION CLAVICULAIRE APRÈS LES PLEURÉSIES DE LA GRANDE CAVITÉ

Il n'est qu'à rappeler les nombreux travaux faits sur la fréquence des infiltrations isolées de la région sous-claviculaire, pour deviner les multiples problèmes diagnostiques que pose la constatation de l'opacification que nous venons de décrire. Nous avons vu, en effet, que le terrain spécial (incident pleural antérieur) sur lequel elle évolue, n'est pas toujours évident. D'ailleurs, même lorsque la pleurésie est facilement prouvée, soit par la coexistence de l'épanchement et de la tache, soit par des antécédents indiscutables, le malade a toujours droit, malgré les conditions particulières dans lesquelles il se trouve, de faire un des nombreux accidents pulmonaires déjà classés dans les cadres nosographiques bien définis et qui ne répondent pas, malgré leur similitude iconographique, à la lésion que nous avons prise pour type. Comme nous l'avons déjà dit, le caractère du terrain ne suffit pas, à lui seul, à caractériser et identifier notre syndrome ; il lui faut ajouter celui, beaucoup plus important, de non évolutivité.

En 1922, RIST et AMEUILLE, dans leur ouvrage sur la pneumonie tuberculeuse, après avoir exposé que la tuberculose procédait par des poussées pneumoniques successives, constataient que la lésion initiale, intéresse un certain territoire, généralement placé dans le

lobe supérieur, et malgré la doctrine classique, pas toujours à l'extrême sommet, mais souvent juste au-dessus de la scissure interlobaire.

Les travaux d'ASSEMANN, de Leipzig, ont mis en lumière en 1927, sous le nom d'infiltrat précoce sous-claviculaire, une véritable forme spéciale de la maladie, marquant le début de la tuberculose pulmonaire de l'adulte.

Armand DELILLE pense qu'on rencontre une ombre sus-claviculaire pour 4 images infra claviculaire.

Enfin SAYÉ, en 1932, analysant les types anatomo-radiologiques de la lésion tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte, signale ce fait d'importance capitale, que, dans 70 % des cas, on constate la localisation sous-claviculaire stricte, presque toujours externe, et que par contre 20 % seulement des tuberculoses débutent dans l'apex.

A l'heure actuelle, l'accord est fait sur ce point et personne ne conteste la grande fréquence de la localisation initiale de la tuberculose pulmonaire des adolescents et des adultes dans la région sous-claviculaire.

Nous allons donc passer rapidement en revue les diverses formes anatomo radiologiques des lésions sous-claviculaires étiquettées sous les noms d'infiltrat pneumonique et infiltrat précoce, les lobites, quoique leur topographie ne soient pas strictement sous-claviculaire, et enfin les semis nodulaires parfois localisés à cette région. Nous terminerons enfin ce chapitre diagnostique en discutant et éliminant certaines formes de tuberculose apicale à participation pleurale et parenchymateuse qui peuvent prêter à confusion dans certains cas.

LES LÉSIONS A TYPE PNEUMONIQUE,
L'INFILTRAT PRÉCOCE SOUS-CLAVICULAIRE

RIST et AMEUILLE, les premiers, en 1922, ASSEMANN, en 1927, ont attiré l'attention sur le début de la tuberculose du jeune adulte au niveau de la région sous-claviculaire. Le type initial de la lésion est un infiltrat homogène à localisation supra scissurale pour RIST et AMEUILLE, sous-claviculaire externe pour ASSEMANN. En général, le type RIST-AMEUILLE a un début soudain et appelle la collapsothérapie par l'étendue lésionnelle, l'expectoration bacillifère et les phénomènes généraux qui l'accompagnent. Aussi étudierons-nous plus longuement l'infiltrat précoce sous-claviculaire, susceptible d'évoluer plus souvent vers la guérison et dont le diagnostic avec notre opacification est, par là même, plus difficile.

L'infiltrat précoce sous-claviculaire, est une forme particulière d'infiltration pneumonique primitive qui se voit le plus souvent chez l'adulte jeune. Il ne se traduit pas à l'auscultation et ne se manifeste que par quelques signes discrets. Parfois sa symptomatologie est nulle, d'autres fois, c'est une hémoptysie ou un épisode aigu pseudo grippal qui marque son début. Assez fréquemment, l'expectoration est bacillifère. En général, la clinique y est réduite à peu de chose, et est insuffisante pour inquiéter le malade qui néglige de consulter. Aussi, cette lésion est le plus fréquemment observée au cours d'examens systématiques, chez des sujets professionnellement exposés à une contagion tuberculeuse.

Radiologiquement, l'infiltrat précoce se traduit par une ombre demi transparente floue et nuageuse, ordi-

nairement sans limites précises, de dimensions variables, allant de la grosseur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une paume de main. Il siège, le plus fréquemment dans la partie externe du champ claviculaire, immédiatement au-dessous de la clavicule. Son image n'est pas toujours homogène, elle est parsemée parfois de quelques nodules plus foncés, mal limités.

Une fois constitué, l'infiltrat évolue, soit vers l'ulcération soit vers la guérison. Bien que nous connaissions le contraste si marqué sur lequel les auteurs allemands ont insisté si justement entre la bégninité apparente des débuts et l'évolution souvent grave de la lésion qu'elle représente ; et malgré sa moindre grande fréquence, seule l'évolution régressive retiendra notre attention, car elle seule, en raison de leurs mêmes caractères évolutifs pose réellement le diagnostic avec l'opacification isolée par nous.

Assez souvent en effet, l'infiltrat disparaît au bout d'un temps variable par un processus de résolution, commun à la plupart des lésions pneumoniques. Parfois son siège antérieur n'est plus décelable et le poumon a repris sa transparence normale. D'autres fois cependant, il laisse persister à son niveau, des tractus fins, linéaires ou même un simple renforcement du dessin pulmonaire normal. Enfin il n'est pas rare que des nodules très foncés, plus ou moins nombreux, soient le résultat de ces infiltrats sous-claviculaires. Comme il faut toujours compter avec le temps, ces images ne pourront donner toute sécurité, qu'après un délai prolongé à partir du moment où les bacilles auront disparu de l'expectoration.

Les radiographies successives, que l'on doit toujours pratiquer lorsque persiste une image résiduelle, montrent comme dans le syndrome que nous avons décrit,

soit la fixité, soit l'évolution régressive de cette tache. Les reliquats radiologiques de l'infiltrat précoce, pour ne plus être évolutifs, doivent se présenter comme les opacifications bien délimitées, contrastant avec le parenchyme ambiant qui aura repris sa clarté normale. Un gros amas de nodules, sans opacité franche, même après un délai prolongé, ne donne pas une sécurité complète.

Ainsi, nous venons de voir, qu'à l'exception des conditions d'apparition, et d'une séméiologie un peu moins discrète comportant entre autres la possibilité d'une expectoration bacillifère, l'infiltrat précoce d'Assemann, a exactement les mêmes caractères iconographiques et parfois la même évolution que les opacités post-pleurétiques décrites par nous. Nous ne croyons pas cependant que ces dernières puissent être classées dans une forme clinique dépendant de l'entité nosographique isolée par les auteurs allemands. Actuellement, il est en effet admis par à peu près tout le monde, que cette tache et l'infiltrat qu'elle représente, constituent une manifestation précoce et isolée, apparaissant comme la première manifestation apparente de la tuberculose de l'adulte, justifiant une surveillance précise et un traitement actif. Il est vrai que l'on peut admettre comme on l'a vu précédemment, que la pleurésie n'est qu'une manifestation secondaire à l'infiltration de sorte que cette étiologie pleurale qui est en réalité le seul argument important différenciant ces deux entités nosographiques, n'existe plus. Bien que toujours faute de documents iconographiques il nous soit impossible de conclure, nous maintiendrons cette différenciation en raison, non seulement de la notion de terrain, mais de l'évolution quasi cons-

tante vers la guérison, et de la bacilloscopie toujours négative.

Néanmoins afin de rappeler leurs analogies certaines, et pour reprendre un terme que la vulgarisation et l'usage ont consacré, nous pourrions étiqueter ces opâcifications : « pseudo früh-infiltrat ».

INFILTRATS PULMONAIRES LABILES

A côté des infiltrations précoces qui persistent quelques mois et dont la disparition, en cas d'évolution heureuse, demande quelques fois une année et plus, tout en laissant fréquemment à la suite des reliquats indélébiles, il existe des lésions décrites par AMEUILLE et LEJARD (*Bulletin médical de la société des hôpitaux de Paris*, décembre 1937) sous le nom d'infiltrats pulmonaires labiles comparables aux foyers de pneumonie curables de MM. BEZANÇON et BRAUN.

Ces auteurs, groupent, sous ce titre, des lésions dont le signal d'alarme est donné par de vagues symptômes fonctionnels : amaigrissement, légère asthénie. Leur séméiologie tient presque toute entière dans les découvertes radiologiques. L'examen aux rayons montre des condensations pulmonaires étendues, qui siègent presque toujours dans la région sous-claviculaire, et fait capital, disparaissent rapidement sans laisser de traces. Rarement, l'expectoration, lorsqu'elle existe, est bacillifère. Généralement l'infiltrat se résorbe complètement au bout de six semaines sans traitement et parfois même sans aucun repos. Les sujets présentés par AMEUILLE et LEJARD n'avaient pas eu de récidiye après 8 et 10 ans d'évolution.

L'anatomie pathologique, comme dans toute cette

série de lésions qui ne peuvent être vérifiées sur la table d'autopsie en raison de leur évolution constante vers la guérison, prête à de nombreuses interprétations et discussions. Pour les uns, il s'agirait de splénisation péri-nodulaire ; pour d'autres (FLECHNER), d'atelectasie inter-nodulaire, ainsi que dans les broncho-pneumonies banales, aurait le plus grand rôle dans la production de ces condensations pulmonaires.

Ces pneumopathies condensantes, se rapprochent donc du syndrome que nous avons décrit, par la pauvreté des signes fonctionnels et généraux, leur aspect radiologique, leur béginité, et les interprétations anatomiques que les différents auteurs en ont données. Par contre, elles en diffèrent par leur apparition possible, en dehors de tout accident pleural, et surtout leur disparition complète en quelques semaines, sans laisser aucune trace.

LES LOBITES

Leur fréquence et leur importance ont été bien mises en évidence, par les travaux modernes qui ont montré, qu'elles réalisaient fréquemment une des modalités évolutives et surtout un des modes de début de la classique tuberculose pulmonaire chronique.

Leurs caractères cliniques, évolutifs et anatomiques, les font considérer comme une des nombreuses formes cliniques des pneumonies tuberculeuses curables dont MM. BESANÇON et BRAUN montrèrent, les premiers, l'existence et la fréquence.

Caractérisées anatomiquement par l'envahissement plus ou moins complet d'un lobe, elles intéressent la masse du parenchyme lui-même, dans lequel on re-

trouve comme substratum histologique une alvéolite fibrino leucocitaire due au bacille de Koch. Leur début, relativement brusque, est marqué par l'apparition d'une température à 38 ou 39°, s'accompagnant parfois de toux et d'une expectoration le plus souvent bacillifère. L'atteinte de l'état général est fréquente et l'on note souvent, dans les antécédents, les signes dits, d'imprégnation tuberculeuse. A l'examen stéthacoustique, les signes, le plus souvent très discrets, sont localisés selon les cas, soit à un sommet, soit à une base. La radiographie montre un territoire opaque limité par la scissure ; à l'écran, par diverses incidences, on peut fréquemment voir la netteté des contours tracés par la ligne scissurale, le gril costal et le bord trachéo bronchique. Ici, seules les lobites supérieures nous intéresseront, car elles seules peuvent à la rigueur, avoir leur diagnostic avec celui de l'opacité de la région claviculaire que nous venons de décrire. La lobite supérieure droite est la plus fréquemment rencontrée. Les statistiques publiées depuis la thèse de BETHOUX, montrent cette localisation habituelle dans 20 % des cas.

Il est rare que ces lésions évoluent vers la guérison et, en principe, la collapsothérapie est toujours tentée en pareil cas pour donner au malade le maximum de chances de guérison.

Cependant, il existe des sujets porteurs de lobites, qui paraissent avoir évolué spontanément vers la guérison. La restitution *ad integrum* est possible, mais exceptionnelle. Le plus souvent, lorsqu'il y a évolution favorable, on voit un nettoyage radiologique qui n'est que partiel. Une tendance cicatricielle très marquée apparaît aussitôt, rétractant le lobe, remontant la scissure. Si cette infiltration avait évolué vers une ou

plusieurs ulcérations, ces dernières sont remplacées par un tissu scléreux réactionnel ou sont encapsulées dans du tissu fibreux.

En réalité, il faut se méfier du pronostic à longue échéance de ces lobites scléreuses, car les petites cavernes emmurées par du tissu de cicatrice, appelé par LÉON BERNARD sclérokystique, ne sont en effet que des repaires à bacilles, qui restent longtemps actifs. Ces nids de bacilles qu'elles renferment sont susceptibles d'infecter d'autres régions du parenchyme jusque-là indemnes. Aussi, même dans les cas où la lésion semble guérie par résolution et sclérose, on peut assister ultérieurement à l'apparition de nouveaux foyers ensemencés par voie endogène. Ainsi, même dans les cas d'apparence très favorable, le pronostic doit toujours être réservé.

D'après les caractères que nous venons d'en donner ; il apparaît aisément que ce tableau clinique diffère davantage de notre opacification que les infiltrats précoces et labiles vus plus haut. Mais en pratique, ces foyers pneumoniques sont loin d'avoir toujours des caractères aussi tranchés et entre les manifestations aiguës, type BEZANÇON et BRAUN, et celles du type RIST-AMEUILLE, qui sont absolument latentes, nous pouvons avoir une gamme infinie de tableaux cliniques. Leurs caractères taxonomiques peu nets doivent les faire classer dans le groupe plus vague des infiltrations limitées du sommet. D'autre part, si en France on sait depuis longtemps et bien avant les travaux d'ASSEMANN, que les infiltrats pneumoniques peuvent survenir en pleine santé et apparaître isolés comme première manifestation, sans qu'il y ait d'autres lésions et en particulier de lésion du sommet, on n'ignore pas non plus depuis BARD la fréquence des infiltrations

apicales après les pleurésies de la grande cavité. Or, dans ce dernier cas, bien que l'opacification soit plus tardive, sa topographie moins bien limitée et définie que dans notre syndrome, que son évolution quoique lente se fasse fréquemment vers l'ulcération, elle peut au début prêter à confusion avec lui. Dans ce cas, seule l'opacification tardive et l'évolution peuvent donner le diagnostic mais il faudra pour cela tenir le malade en observation pendant des mois et même des années. Nous en prendrons pour exemple un jeune malade dont l'histoire va illustrer les difficultés de ce problème.

OBSERVATION M. J.

M. M. âgé de 21 ans, apprenti à la compagnie de l'État, est vu au cours d'un examen prophylactique le 3 novembre 1933. Ce jeune homme qui ne présente aucun antécédent pathologique personnel, vit dans des conditions sociales un peu spéciales ; sa mère l'ayant quitté depuis quelques mois, l'enfant a beaucoup souffert moralement de cet isolement.

A l'examen : On ne trouve rien à l'auscultation, et la radio ne montre que quelques tractus banaux.

En avril 1935 : Ce jeune homme qui est toujours suivi attentivement par le médecin et assistantes sociales est envoyé à la campagne pour un état général déficient ; l'auscultation et le cliché radiographique ne révèlent aucune lésion.

En juillet 1935 : Au retour de la campagne, on trouve au cours d'un examen systématique une réaction pleurale droite assez importante et ne s'étant manifestée jusqu'alors par aucun signe fonctionnel.

En résumé : A cette époque pleurésie séro-fibrineuse latente ; le malade est mis au repos.

En février 1936 : Bon état général.

Pas de signes nets à l'auscultation.

La radiographie montre une ombre peu marquée de la par-

tie inférieure du champ pulmonaire droit, reliquat de la pleurésie ancienne.

Étant donné l'état général excellent, et le temps passé depuis la réaction pleurale aiguë, on admet le jeune M... en service sous réserve d'une surveillance personnelle pendant quelques temps.

En mai 1936 : Le malade est revu après une période d'amaigrissement de plusieurs semaines.

A la graphie on ne trouve aucune modification, néanmoins si l'amaigrissement continue, il est décidé que le jeune homme sera mis en congé.

Juin 1936 : Ce garçon est amaigri.

On trouve à l'auscultation une respiration rude au sommet droit. Le cliché montre à la base un sinus costo-diaphragmatique comblé et une petite ombre très peu homogène et mal limitée dans la région claviculaire du même côté.

Le malade est mis au repos sous surveillance médicale.

Un mois plus tard, en juillet 1936 : On ne trouve aucune modification des signes précédents, tant à l'auscultation qu'aux rayons X.

On conclut donc que les anomalies observées sur la graphie constituent vraisemblablement un reliquat de l'ancienne pleurésie qui ne paraît pas évolutif.

Néanmoins, par prudence le malade est laissé sous une surveillance médicale périodique et est envoyé à Etrenbières pour quelques mois.

Octobre 1936 : A son retour de vacances, excellent état général ; a engraisé de 3 kilos. L'image de la région claviculaire n'a pas varié.

On l'autorise à reprendre son travail.

Décembre 1936 : Un examen radiographique systématique, montre un léger état ombré de la région sous-claviculaire droite, un peu plus marqué que précédemment.

Bien qu'il ne semble pas que ce soit un élément évolutif, en raison d'un surmenage dû au fait qu'il y a une grande distance entre son domicile et le lieu de son travail, on fait revenir consulter ce jeune homme bi-mensuellement.

Mars 1937 : Bon aspect général.

Pas de bruits adventices à l'auscultation.

L'état ombré du sommet droit s'est accentué encore davantage et constitue maintenant une tache très opaque, assez étendue et bien limitée.

Les examens des crachats et des selles restent négatifs.

Néanmoins le malade est envoyé à St-Hilaire du Touvet.

Octobre 1937 : Revu au retour de St-Hilaire du Touvet où il a fait un séjour de 5 mois, le jeune M... présente un excellent état général et a engraisé de plusieurs kilos.

Sur le cliché radiographique, on constate la régression presque totale de l'opacification de la région claviculaire.

Le malade est néanmoins laissé au repos.

Janvier 1938 : Disparition quasi complète de l'image suspecte.

Excellent état général.

Le jeune homme est autorisé à reprendre son travail.

En résumé : Apparition presque un an après une pleurésie et du même côté que cette dernière, d'une opacification sous-claviculaire. Cette tache que l'on prend d'abord pour un reliquat de la pleurésie, progresse très lentement et prend en 9 mois tous les caractères d'une infiltration sous-claviculaire.

Tout rentre dans l'ordre après quelques mois de sana et en janvier 1938, le malade peut reprendre son travail.

Conclusion : Cette observation très détaillée, nous fait assister sur ce terrain prédisposé à l'installation lente, progressive et silencieuse d'une infiltration dont les circonstances d'apparition et les différents caractères énumérés plus haut, ont pu prêter à confusion pendant quelques temps et nous font penser à un reliquat de pleurésie.

Nous avons choisi cette observation, parmi beaucoup d'autres, en raison de la difficulté que nous avons éprouvée à ranger la lésion que l'on y a décrite, dans un cadre nosographique déterminé.

En résumé, elle nous montre donc que cette diffi-

culté du diagnostic différentiel est surtout rencontrée chaque fois que l'on observe une de ces condensations pulmonaires limitées du sommet après pleurésie. Leur date d'apparition, en général assez postérieure à la pleurésie, leur séméiologie plus accusée et surtout leur évolution assez fréquente vers l'ulcération, constitue le faisceau de signes dont on se sert pour faire la discrimination entre ces infiltrations banales décrites par BARD et celles que l'on a voulu isoler ici. Il n'est pas nécessaire d'insister pour montrer que de tels arguments laissent souvent planer le doute pendant des semaines et même des mois.

LES LÉSIONS NODULAIRES

Les lésions de tuberculose macro ou micro-nodulaires, bien que de siège variable, occupent fréquemment les régions inter-cléido-hilaire. Néanmoins, même lorsque ces lésions se limitent à cette région, il est rare qu'elles prêtent à confusion. S'accompagnant, en général, de signes généraux dits d'imprégnation bacillaire et d'une expectoration bacillifère, elle donne des images radiologiques composées de plusieurs petites taches, le plus souvent mal limitées et à topographie assez variable. Enfin, si la lésion nodulaire est isolée, l'opacité qu'elle donne à ce niveau est identique à celle de toutes les infiltrations limitées de cette région (type Früh-infiltrat) et les problèmes diagnostiques qu'elle pose se confondent avec ceux déjà vus pour ce type de lésion. Lorsque ces lésions n'évoluent pas vers la généralisation, ce qui est en l'absence de traitement par collapsothérapie, l'éventualité la plus fréquente, elles aboutissent à des semis cicatriciels composés d'élé-

ments de taille différente : fibreux et scléreux, qui eux peuvent voir leur diagnostic posé avec les reliquats anciens de l'opacification que nous avons décrite.

Après un délai prolongé, ces lésions se montrent sous la forme de nodules très opaques, d'apparence calcifiée, qui sont l'expression d'un processus stabilisé, non complètement éteint. En réalité, lorsque ces semis cicatriciels se présentent en plaques de dimensions limitées sous la clavicule, ils représentent parfois le terme ultime d'infiltrats précoces sous apicaux guéris par résorption partielle et sclérose et d'une façon générale les infiltrations limitées ayant évolué vers la guérison sans donner lieu à la formation de cavernes.

Les caractéristiques radiologiques de ces semis, peuvent s'énoncer de la façon suivante : ce sont des îlots spécialement foncés et représentant la teinte la plus opaque que l'on connaisse en radiographie pulmonaire, les bords et les contours des îlots sont constamment très nets. Les éléments qui les composent sont polymorphes et le dessin pulmonaire à leur niveau est renforcé. Ils laissent entre eux du parenchyme très transparent.

Cette transparence n'est pas seulement l'effet du contraste avec les limites spécialement foncées des éléments, mais est due à ce fait que dans les processus de guérison exprimés par ces formations, une partie des lésions s'est guérie par résolution et l'autre par sclérose et enkystement des foyers naguère actifs. Le contraste tient donc à ce que, d'une part, la transparence du parenchyme est devenue parfaitement normale après nettoyage radiologique et que, d'autre part, l'opacification a été poussée à une extrême limite par l'addition progressive de la surcharge calcaire.

Or, ainsi que nous l'avons vu au cours de leur étude

évolutive les opacifications isolées par nous, donnent rarement cet aspect même après plusieurs années d'observation, mais il semble au contraire que ces dernières aient tendance à s'estomper et à s'étendre en surface au cours de leur évolution.

TUBERCULOSE FIBREUSES A LOCALISATION APICALE

Il n'y a pas que les foyers pneumoniques de la tuberculose qui puissent réaliser des opacifications limitées du sommet ; déjà avec les lésions nodulaires, nous venons de voir que certaines taches peuvent être données dans les formes de tuberculose pulmonaire fibreuse plus ou moins cicatrisées, que laissent après elles ces lésions, lorsqu'elles évoluent vers la guérison. Après les pleurésies il existe également de nombreuses formes de tuberculose fibreuse d'emblée, dont la fréquence est bien connue. Or, si le plus souvent les besoins répondent alors à un processus diffus et généralisé, il arrive également, du moins au début, qu'on les observe exclusivement au sommet et c'est cette éventualité dont nous nous occuperons ici.

Certaines de ces formes de tuberculose fibreuse localisée ont été bien individualisées et nous ne pouvons qu'en donner brièvement les différents caractères.

C'est d'abord la tuberculose fibreuse des sommets avec emphysème des bases, étudiée au point de vue clinique par BERNHEIM et RUEFF. Le type clinique en est reconnaissable au seul examen du thorax ; celui-ci est aplati à sa partie supérieure, les creux sus et sous-claviculaires sont rétractés, alors que les bases sont dilatées, globuleuses, en tonneau comme chez les emphysemateux. Les signes physiques sont souvent au sommet ceux de la tuberculose fibro-caséeuse immobilisée ;

matité, silence, rudesse, parfois quelques râles humides fixes. Sur le cliché, on a le plus souvent une image symétrique des 2 sommets, avec opacification diffuse en étoile, partant parfois des travées fibreuses, quelques fois également on note des calcifications.

Ses formes post-pleurétiques à localisations pulmonaires autonomes, isolées par BARD, ne sont pas d'un diagnostic plus difficile ; bien qu'au début l'opacification ne soit pas tellement différente de celle que nous avons décrite, le contexte clinique (hémoptysies, signes de sclérose pulmonaire) et surtout l'évolution qui, bien que lente, est toujours progressive, signent rapidement la nature de la lésion.

De même les tuberculoses abortives de BARD, encore appelées plus justement tuberculoses fibreuses localisées discrètes, par BEZANÇON, bien qu'elles puissent donner parfois une opacification limitée du sommet, ne seront pas discutées dans ce chapitre diagnostique, en raison de leur séméiologie complémentaire qui leur est propre.

LES TUBERCULOSES APICALES

Les tuberculoses apicales réunissent tout un groupe de lésions bien définies et isolées dans leur cadre nosographique, sur lesquelles les théories doctrinales divergent encore selon les écoles. Mais ne nous occupons ici que des tuberculoses à prédominance pleurale ainsi classées par Jacques STÉPHANI, ou encore de la classique pleurite apicale de SERGENT.

Nous avons déjà vu qu'une réaction pleurale du sommet peut déjà être constatée au cours même de certaines pleurésies de la grande cavité. Ce fait n'est d'ailleurs pas pour nous étonner, car nous savons depuis

la thèse de TOURNANT et contrairement à une opinion qui fut longtemps admise, qu'au cours des pleurésies, l'épanchement entoure presque complètement le poumon qui selon l'expression même de TOURNANT « ne surnage pas mais plonge ».

Cette réaction pleurale de l'apex peut subsister après l'épanchement et nous allons en donner brièvement les différents caractères.

Nous ne reviendrons pas sur l'interdépendance de la plèvre et du parenchyme à ce niveau, et il est bien établi maintenant que la cirtacalité du poumon joue un rôle aussi important que la séreuse dans le syndrome de pleurite apicale. Néanmoins, alors que les diminutions de transparence, partielles ou totales d'un sommet, ne sont pas homogènes si le parenchyme seul est atteint, ici au contraire les clichés nous révèlent une opacification homogène du dôme pulmonaire. Cette image a été comparée à un rideau d'ombre qui voile le tiers supérieur du territoire apical limité à sa partie inférieure par une ligne irrégulière au-dessous de laquelle on aperçoit encore une partie des sommets avec les ramifications vasculaires. Nous n'insisteront pas sur les autres éléments de ce syndrome qui comprend au complet :

1^o Une diminution ou abolition des vibrations vocales ;

2^o de la submatité ou même de la matité ;

3^o l'abolition du murmure vésiculaire ou son affaiblissement ;

4^o des frottements ;

5^o l'inégalité pupillaire ;

6^o l'adénite sus-claviculaire ;

7^o la scapulalgie.

Ces différents caractères et surtout le fait que l'opa-

citée s'étend également à tout l'apex, suffisent en général à faire la discrimination avec l'entité nosographique isolée par nous. Néanmoins, en raison même de la participation pleurale fréquente qui accompagne toute lésion du sommet ; nous avons pu noter quelques observations (7, 8 et 9) où l'opacité du sommet rappelait d'emblée ou après quelques mois d'évolution l'aspect que nous venons de décrire.

En réalité, cette distinction n'a qu'une importance toute théorique, puisque ces deux types de lésions déjà très voisines par leur anatomie pathologique, participent du même pronostic.

LES CALCIFICATIONS PLEURALES

Avec les pleurites apicales, nous avons abordé les opacifications d'origine surtout pleurales, susceptibles d'être discutées dans le diagnostic de l'opacité décrite par nous. Or, les calcifications limitées de cette sérieuse peuvent encore réaliser des taches qui, lorsqu'elles sont localisées au sommet, peuvent être également discutées dans ce chapitre de diagnostic différentiel.

Bien qu'extrêmement rares, les calcifications pleurales sont connues depuis fort longtemps. Les premières observations ont été rapportées en 1793 par MORGAGNI, BAILLIE, SOEMMERING, après autopsie.

D'étiologie variable, on la découvre chez des blessés de la poitrine, chez d'anciens pleurétiques, atteints de pleurésie séro-fibrineuse incontestablement tuberculeuse, enfin chez des sujets dont l'interrogatoire ne permet pas de retrouver dans leur passé un traumatisme ou une affection qui puisse expliquer son existence.

Une fois constituée, si la calcification pleurale n'est

pas associée à une tuberculose évolutive, elle est, presque toujours, une découverte radiologique ou une trouvaille d'autopsie. Les signes fonctionnels et généraux sont très frustes, on a noté cependant la fréquence des zones sombres dont l'opacité n'est pas homogène dans toute son étendue, réalisant le plus souvent l'aspect en « os de sèche ». Ces calcifications sont superficielles ce dont il est facile de s'apercevoir en radioscopant les malades sous plusieurs incidences. En réalité, le signe pathognomonique est l'exploration à l'aiguille après un repérage minutieux sous écran. L'aiguille bute en effet contre un plan dur, impossible à pénétrer et qui donne à la main la sensation d'un obstacle osseux.

Bien que l'opacité des calcifications pleurales ne diffère pas beaucoup de celle décrite par nous, le diagnostic en est relativement facile. Leur rareté, leur localisation en surface, leur plus grande étendue, et le fait qu'elles sont peu fréquemment localisées à la région qui nous intéresse, sont autant d'arguments qui nous permettent d'établir cette discrimination. Quant à l'évolution elle est en principe stabilisée dans les deux cas, néanmoins la fixité absolue de l'image de la calcification diffère un peu de l'évolution souvent régressive de notre opacité.

RELIQUATS DES PNEUMOPATHIES PROLONGÉES SIMULANT LA TUBERCULOSE

Jusqu'à maintenant, dans l'énumération des diagnostics à envisager, seule l'étiologie tuberculeuse était en cause, à l'exception toutefois des calcifications pleurales. Or, il existe une catégorie de faits à rapprocher des infiltrats pneumoniques tuberculeux, groupés sous

le nom de pneumonies prolongées, pneumopathies traînantes, dont les reliquats radiologiques simulent la tuberculose et notre opacité, en cas de localisation sous-claviculaire de beaucoup la plus fréquente.

La fréquence de cette localisation est un des facteurs qui rendent plus difficile leur interprétation étant donnée leur ressemblance avec les lésions pneumoniques initiales de la tuberculose de surinfection en particulier et toutes les condensations pulmonaires des sommets en général.

L'éventualité rare de ces pneumopathies non tuberculeuses à évolution retardée, n'est pas une raison suffisante pour les passer sous silence étant données les conséquences sociales, morales et thérapeutiques que comporte un diagnostic ferme de tuberculose.

Si l'évolution clinique de la phase aiguë, quand elle a pu être suivie dans ses moindres détails, présente à côté de quelques différences de détail, des analogies avec les pneumopathies aiguës tuberculeuses, propres à induire en erreur, elle élimine par contre d'emblée l'hypothèse d'une opacité du sommet après pleurésie. Mais en réalité, les sujets viennent généralement consulter après un délai assez éloigné de l'épisode initial. Quand ils sont examinés, la présence d'une opacité du sommet, oblige à faire un diagnostic rétrospectif sur ce que peut rapporter le malade ou son entourage, tâche qui est en vérité très délicate. Or, la recherche persévérante plusieurs fois répétée des bacilles tuberculeux dans l'expectoration, bien que négative, n'élimine pas la possibilité d'une opacité après pleurésie passée inaperçue. D'autre part on ne peut pas se fier à la réponse donnée par la réaction tuberculinique. Chez l'enfant, une réponse négative permet d'écarter d'emblée la tuberculose, mais chez l'adulte une réac-

tion positive ne pourrait à elle seule la mettre en cause. Le seul point de repère est donc la notion vérifiée d'une pleurésie dans les antécédents, ou les reliquats non discutables de cette dernière.

En réalité, en dehors de la tuberculose, ces reliquats de pneumopathies prolongées constituent une éventualité assez rare, et la notion de la pleurésie ancienne suffit à l'éliminer. D'ailleurs, là encore, cette discrimination n'a qu'un intérêt secondaire car l'évolution stabilisée ou régressive de ces deux catégories d'opacité, n'entraîne dans les deux cas, aucune intervention thérapeutique.

En résumé, le diagnostic différentiel de notre opacification se pose avec toutes les taches limitées et isolées de la région claviculaire. Ainsi que nous venons de le voir les caractères iconographiques de ces opacités ne suffisent pas à les identifier, rien ne ressemblant plus à une tache qu'une autre tache. Le problème diagnostique qu'elles posent ne peut donc être résolu que par l'ensemble des signes donnés par la clinique et surtout grâce à leur évolution qui lui est assez caractéristique.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-SOCIALES SUR LA DÉCOUVERTE ET LE DÉPISTAGE DE CETTE OPACIFICATION

Il nous a paru logique et nécessaire de développer en un long chapitre, le diagnostic différentiel de l'opacité que nous venons de décrire, parce que malgré leur analogie clinique avec les autres taches de cette région, et en particulier les infiltrats pneumoniques, la connaissance des antécédents pleuraux nous fait porter un bon pronostic.

De plus, étant donné la multiplicité et la fréquence, des opacités des sommets, on conçoit aisément les répercussions sociales que peut avoir ce diagnostic.

Son importance est encore décuplée par l'extension qu'ont pris de nos jours, médecine sociale et examens prophylactiques systématiques. On sait que l'État, préoccupé du sort de ses fonctionnaires ayant contracté la tuberculose après leur admission dans les cadres, a fait promulguer la loi du 30 mars 1929. Dans son article 51, cette loi étend à tous les employés aux fonctions publiques, une mesure dont bénéficiaient déjà depuis quelques années, certaines catégories d'entre eux : les instituteurs, les facteurs, le personnel de l'assistance publique de Paris. Elle accorde à ceux qui contractent la tuberculose en cours de service, la mise en congé avec traitement intégral pendant 3 ans et avec demi traitement pendant 2 ans. De la sorte, les

malades dégagés de tout tracas matériel pouvant se soigner sans souci et dans les conditions les plus favorables pour la guérison.

Il va sans dire, qu'en contre-partie d'une mesure aussi onéreuse pour le budget national, l'État se doit de n'admettre aux fonctions publiques, que des candidats en bonne santé. C'est pourquoi, un examen médical approfondi, ferme l'accès aux fonctions publiques, à tout candidat atteint de tuberculose ; ce à quoi pourvoit l'article 18 du décret du 10 décembre 1929, ainsi conçu : « Tout candidat admis à un emploi administratif de l'État, quel que soit son mode de recrutement, sera examiné par un médecin phthisiologue assermenté, désigné par l'administration. Son admission ne pourra être prononcée, que si le certificat le reconnaît indemne de toute affection tuberculeuse ».

En réalité, ce texte si simple et en apparence au moins, si clair et raisonnable, conduirait s'il était pris au pied de la lettre, à éliminer tout sujet à cuti-réaction positive. Ce serait donc écarter de tout emploi public, la majorité des jeunes gens ou des adultes bien portants, et fait encore plus grave, cette sélection ferait entrer dans les cadres les individus probablement les plus susceptibles de devenir tuberculeux. De même, l'opacité après pleurésie de la grande cavité, après plusieurs années d'une évolution stationnaire, n'a souvent pas plus de valeur qu'une cuti-réaction positive. L'une et l'autre, témoignent presque toujours d'une contamination tuberculeuse antérieure, guérie du point de vue clinique, rendue inactive, du point de vue de la pathologie. Dans les deux cas, nous ne pouvons rien en inférer sur les probabilités d'une réactivation, qui probablement sont très faibles, et en tout cas pas plus

importantes que si le sujet était vierge de toute atteinte tuberculeuse.

Le législateur n'a d'ailleurs pas voulu cela, puisque dans l'article 4 de l'arrêté du 5 février 1930, il vient élargir le cadre par trop étroit de la loi précédente en disant : « Tout candidat à un emploi administratif de l'État, sera examiné préalablement à sa nomination, par le médecin désigné, conformément à l'article 3 du décret du 10 décembre 1929, qui établira un certificat constatant que l'intéressé est indemne de tuberculose. Cette visite comportera, outre l'examen clinique, un examen radioscopique et s'il y a lieu, un film radiographique et une analyse bactériologique. Toutefois, ne seront pas exclus des cadres administratifs de l'État, les candidats porteurs de séquelles de lésions de tuberculose osseuse, articulaire, ganglionnaire, pleurale ou péritonéale, guéries depuis plusieurs années. » C'est à la lumière de ce paragraphe, que l'expression « indemne de toute affection tuberculeuse », prend son sens véritable. Mais il est à noter qu'il aurait été encore plus opportun dans la rédaction de cette loi, de substituer à « séquelle pleurale », reliquats pleuro-pulmonaires. Cette précision aurait sans doute mis fin aux discussions encore en cours, au sujet de l'interprétation des textes de la loi.

Nous venons de voir brièvement le cadre légal dans lequel le médecin doit prendre ses décisions, concernant tous les fonctionnaires de l'État. Or, à l'heure actuelle, ces textes plus ou moins modifiés, ou plus ou moins souples, ont été adoptés par toutes les grandes administrations privées, ainsi que par l'armée, de sorte qu'en pratique courante, peu de malades échappent à cette législation, que pour la même raison tout médecin doit bien connaître.

Nous allons voir maintenant, à la lumière de ces textes, dans quelles conditions se posent les différents problèmes qui peuvent se présenter quotidiennement ; et surtout dans quel sens la clinique doit nous faire interpréter la loi. Le diagnostic d'opacité limitée, de la région claviculaire étant posé, nous distinguerons deux éventualités différentes selon qu'il s'agit d'une tache contemporaine ou immédiatement postérieure à la pleurésie, ou au contraire d'une opacification, découverte incidemment, plusieurs mois ou plusieurs années après la réaction pleurale. Nous éliminerons d'emblée le problème de l'application des mesures prophylactiques qui dans un cas comme dans l'autre, ne se pose pas ici, l'expectoration n'étant jamais bacillifère, et ce malade ne pouvant être considéré comme un risque réel, pour son entourage.

Dans le premier cas, bien que l'on connaisse le bon pronostic que comporte en général pareil diagnostic, on doit néanmoins toujours faire des réserves sur cette lésion qui n'a pas fait sa preuve au cours d'une longue évolution. Nous avons vu, en faisant le diagnostic différentiel de cette opacité, qu'à cette période du début, rien ne lui ressemble davantage, que la tache radiographique donnée par un foyer pneumonique tuberculeux banal, évoluant vers l'ulcération. Nous avons également donné au cours de ce chapitre diagnostique, les caractères plus ou moins importants, qui nous permettent cette discrimination. D'ailleurs, en admettant même que toute erreur de diagnostic puisse être éliminée, il n'en reste pas moins que de stabilisée ou régressive, notre opacification peut devenir, rarement il est vrai, évolutive. La constatation d'un tel syndrome, à cette phase de début impose donc une surveillance rigoureuse avec contrôle radiographique périodique, et

repos absolu. Il est évident, que s'il s'agit d'un fonctionnaire, il devra bénéficier de la loi du 30 mars 1929 et ce n'est qu'après 12 et 18 mois d'observation, qu'il sera permis au médecin d'envisager la possibilité de faire reprendre le travail. Encore faudra-t-il, que cette décision s'appuie, non seulement sur une étude très détaillée de l'opacité dont on aura constaté la stabilisation ou la régression, mais encore sur l'ensemble des données, de la clinique et du laboratoire, parmi lesquelles l'état général devra avoir la place prépondérante.

Or, il est d'usage dans les administrations, de n'accorder que 6 mois à un fonctionnaire supposé tuberculeux. Si au bout de ce délai l'expectoration est restée négative, le congé n'est plus renouvelable. Nous n'insisterons pas sur ce que cette période de 6 mois a d'artificiel et d'arbitraire, et combien il peut être dangereux de fixer ainsi définitivement la durée de la mise en observation d'un malade. Il suffit de rappeler à ce sujet que dans le cas de notre observation 4 c'est au 12^e mois, que se fit la poussée évolutive. Le facteur temps a donc une importance capitale, et il est impossible *a priori* de fixer un délai. C'est au médecin et non au législateur qu'il appartient d'apprécier la solidité d'une guérison, appréciation faite non seulement des données concrètes de la clinique et du laboratoire, mais également d'impondérables qui échappent à la généralisation et la systématisation. Si au lieu d'être fonctionnaire titularisé, le malade postule un emploi dans une administration publique, la constatation de cette lésion encore jeune, interdit toute titularisation du moins momentanément.

Les problèmes posés par cette opacité à la phase initiale, sont donc relativement simples, et ne prêtent

guère à discussion. Beaucoup plus compliqués par contre vont être ceux suscités par la deuxième éventualité que nous avons annoncée plus haut.

Ainsi que l'on peut le constater, en parcourant les observations que nous rapportons ici, il s'agit presque toujours dans ce cas, de découvertes d'examens radiographiques systématiques.

Les antécédents pleuraux datent le plus souvent de plusieurs années, le sujet présente un excellent état général, tout au plus dans certains cas, accuse-t-il quelques vagues douleurs thoraciques ou une légère asthénie. Le problème qui se pose est donc de savoir le potentiel évolutif d'une telle lésion d'une part, et d'autre part quelles sont les conclusions légales et sociales à lui donner. Nous avons vu au cours de l'étude de ce syndrome, que la fréquence de ces taches chez d'anciens pleurétiques nous permet, même après plusieurs années, de les rattacher à l'atteinte de la séreuse, et de leur attribuer le bon pronostic que comporte ce diagnostic. La notion de la date de la pleurésie antérieure, les caractères de l'image qui a perdu l'aspect flou, floconneux, peu dense, et à contour imprécis qu'elle avait précédemment, nous permettent de considérer cette tache comme une chose ancienne et non évolutive. Néanmoins, nous savons qu'en matière de tuberculose, il n'existe aucun critérium absolu permettant d'affirmer catégoriquement la guérison. Dans le cas particulier qui nous occupe, cette notion est basée seulement sur les faits négatifs. Aussi, rien n'est plus difficile, ni plus décevant, que d'établir le pronostic lointain de cette opacité apparemment stabilisée. Pour cela, après avoir reconstitué l'histoire pleurale ancienne, le clinicien doit rassembler tous les signes fonctionnels

locaux ou généraux, les données de l'examen stéthacoustique et surtout de la radiologie.

Même à ce stade, malgré l'antécédent pleural antérieur, qui vient témoigner de la vieillesse de ce reliquat, seule la prise de clichés en série permet d'apprécier avec certitude l'évolutivité de ces lésions. Si deux ou trois radiographies prises à quelques mois d'intervalle, montrent une image lésionnelle toujours semblable à elle-même, il est probable que le processus n'évolue plus. Si l'image diminue d'étendue, bien que le pronostic n'en soit pas aggravé, il n'est plus possible de considérer la lésion comme stabilisée, et l'on devra faire de nouvelles radiographies pour vérifier cette régression et constater la stabilisation terminale. Enfin si l'opacité se généralise, les clichés radiographiques sont bien souvent les premiers à nous en avertir.

Les éléments médicaux du problème étant posés, il nous reste à voir les conclusions sociales et administratives qu'on leur donne, ou le cas échéant, qu'il serait logique de leur donner.

Lorsque le médecin découvre un tel foyer, sur un sujet venu consulter incidemment ou au cours d'une visite prophylactique et non pas en vue d'une admission dans une administration, on doit se contenter de lui demander de venir consulter de temps en temps sans prendre vis-à-vis de lui aucune mesure spéciale et sans lui faire arrêter son travail. Dans certains cas même, l'opacité a tellement régressé, et ce qu'il en subsiste est si peu important, que non seulement on ne doit pas entraver la carrière d'un tel sujet, mais qu'il y a lieu de se demander encore, si le médecin est en droit de lui faire part de sa découverte, alors que souvent il risque faute d'en avoir bien compris la valeur, d'en être obsédé toute sa vie.

Beaucoup plus complexe, est le problème présenté dans les mêmes conditions médicales, au médecin d'administration, ou encore au médecin militaire, Connaissant le pronostic bénin d'une telle lésion, il s'agit surtout pour eux, d'interpréter les articles 51 de la loi de mars 1929 et 4 de l'arrêté du 5 février 1930, à la fois dans le mieux des intérêts du malade et de l'État. Or, à l'heure actuelle, tous les phthisiologues, à l'exception du docteur HIRSCHBERG, sont d'accord, pour ne pas écarter systématiquement des fonctions publiques, les individus porteurs d'une lésion bacillaire guérie et pour abandonner le terme « indemnes de toute affection tuberculeuse » de la loi de mars 1929. Ces auteurs affirment que l'on ne doit écarter que les porteurs de lésions évolutives, mais encore faut-il s'entendre sur ces mots. Pour M. RIST, le terme « tuberculose évolutive » doit s'appliquer, aussi bien aux évolutions régressives que progressives ; l'évolution régressive, bien que favorable, restant tout de même une évolution.

Comme nous l'avons vu, ce n'est que par des clichés successifs, à plusieurs mois d'intervalle, que l'on peut acquérir la conviction d'une stabilisation, aussi ce n'est qu'après un temps d'observation assez long, que de tels sujets peuvent être acceptés dans l'armée ou comme fonctionnaires. Mais si cette mise en observation prémonitoire sauvegarde les intérêts de l'État, elle lèse sans aucun doute, ceux de l'individu en cause. Du point de vue administratif, il serait donc opportun dans ces cas litigieux, de faire admettre provisoirement ce candidat dans les cadres et de ne prononcer sa titularisation définitive, qu'après un an de stage par exemple. De la sorte, bien que travaillant, il serait l'objet d'une surveillance médicale constante pendant toute une année. S'il devenait malade avant la fin de ce stage, il ne pour-

rait bénéficier des congés de longue durée. S'il restait en bonne santé, sa titularisation lui conférerait tous les avantages dont jouissent les autres employés aux fonctions publiques.

Cette question ne se pose évidemment pas pour les fonctionnaires ayant présenté cette opacité, au cours de leur service. Leur réintégration dans les cadres, sera prononcée lorsque leur état de santé ne présentera plus aucun danger pour leur entourage et pour eux-mêmes. Nous avons vu un peu plus haut, que la durée habituelle des 6 mois de congé accordés en pareille occurrence, ne peut être ainsi déterminée *à priori*. D'autre part, si cette tache est découverte incidemment chez un fonctionnaire, plusieurs mois ou plusieurs années après une pleurésie, et qu'elle présente les caractères que revêtent ces reliquats après une longue phase régressive, la mise sous surveillance médicale, avec clichés périodiques et sans arrêt du travail, sera suffisante.

Certaines grandes administrations ont adopté la formule du stage d'attente d'un an, précédant la titularisation définitive, formule dont nous venons de voir l'utilité et qu'il serait éminemment souhaitable de voir généraliser. Mais en réalité, soit que cette réalisation rencontre de grosses difficultés matérielles d'organisation, soit qu'elle ne puisse être appliquée en raison même du mode d'admission (voie de concours par exemple), le médecin devra souvent prendre entièrement sur lui, la responsabilité d'ajourner sans appel ou au contraire d'accepter le candidat. Dans ces conditions, le problème est beaucoup plus angoissant, non seulement en raison de ses répercussions sociales, mais encore à cause des discussions que peuvent susciter chacune de ces données.

On sait qu'en phtisiologie, aucun critérium de gué-

raison n'a une valeur absolue, et que les diverses modalités de cette guérison ne peuvent être condensées en une formule rigide. Néanmoins, dans ce cas particulier, il semble que lorsque cette opacité est découverte longtemps après la pleurésie, et que le candidat présente dans son dossier, quelques clichés révélant une image toujours identique à elle-même ou ayant régressé, on puisse conclure à l'aptitude, sans le mettre encore pendant de longs mois en observation. Dans certains cas que nous avons rapportés dans cette monographie, le phtisiologue a même pris l'audacieuse décision d'agréer de tels postulants après constatation sur un seul cliché, d'une légère opacité d'un sommet, avec antécédents pleuraux certains. Or, l'épreuve du temps et du travail, a prouvé que cette décision du médecin consultant avait été justifiée. Néanmoins, nous devons faire remarquer qu'administrativement, étant donné les textes actuels de la loi, le médecin encourt une responsabilité certaine, qu'en l'occurrence il est seul à assumer. Ce candidat, qui présente un reliquat que le praticien sait pertinemment ne pas être évolutif, a le droit comme n'importe quel individu, vierge de toute atteinte tuberculeuse, de faire une poussée évolutive. On imagine alors le grief que l'administration est susceptible de faire au médecin.

En résumé, l'opacité que nous venons de décrire, malgré son bon pronostic, exige l'épreuve capitale du temps, pour en fixer définitivement les modalités évolutives.

Si l'on a assisté à son apparition, ou que les antécédents pleuraux récents, témoignent de la jeunesse de cette lésion, le délai demandé dépendra avant tout des résultats donnés par les clichés faits en série. Néan-

moins de toute façon, il ne devra jamais être inférieur à 10 ou 12 mois.

Si la tache est découverte longtemps après la pleurésie, elle devra faire mettre son porteur sous surveillance médicale, mais par contre on ne devra pas lui faire interrompre son travail.

S'il s'agit d'un candidat à une fonction publique, cette constatation devra, chaque fois que ce sera possible, faire exiger un stage d'un an avant la titularisation définitive.

Si pour une raison quelconque, cette solution est impossible, il appartiendra au médecin d'apprécier l'évolutivité de cette tache, d'après les antécédents, la clinique et le laboratoire. Or, dans ce cas, sa décision étayée des documents concrets que nous venons d'énumérer, et aussi bien souvent de nuances cliniques qui échappent au législateur, sera selon son discernement et aussi dans une certaine mesure selon son courage devant ses responsabilités, pour ou contre l'admission.

CONCLUSIONS

1^o Depuis ces dernières années, la généralisation des examens radiographiques systématiques et prophylactiques, montre la fréquence des opacités anormales du parenchyme pulmonaire, qui ne s'accompagnent, malgré l'importance de certaines d'entre elles, d'aucune symptomatologie générale, fonctionnelle ou stéthacoustique et bien souvent d'aucune expectoration bacillifère.

2^o Ces opacités plus ou moins limitées, peuvent occuper n'importe quelle région des deux champs pulmonaires, mais présentent toutefois une affinité particulière pour les sommets et plus spécialement la région claviculaire.

3^o Parmi ces opacités des sommets, nous en avons isolé et individualisé une catégorie particulière, caractérisée par la notion nette dans les antécédents, d'une pleurésie avec épanchement de la grande cavité.

4^o Leur fréquence est incontestable et nous n'en voulons pour preuve, que la facilité avec laquelle nous avons pu réunir et choisir les 21 observations les plus typiques que nous rapportons ici.

5^o La lésion qui traduit l'opacité que nous avons en

vue se comporte comme une lésion cicatrisée et stabilisée.

6° Elle ne s'accompagne pas de troubles généraux, il n'y a pas de signes stéthacoustiques, la bacilloscopie reste négative.

7° Sur les clichés, cette lésion se présente sous l'aspect d'une opacification de la région claviculaire, assez mal limitée, d'aspect floconneux et plus ou moins arrondie. Mais en réalité variable d'un malade à l'autre, dans sa forme, son étendue et son degré d'opacité, elle reste identique à elle-même au cours des clichés successifs.

8° Cependant les modifications dans les aspects de la lésion et de la tache, ne sont pas exclues de façon absolue au cours de l'évolution. Dans quelques cas, ces opacités finissent à la longue par s'atténuer.

Dans un seul cas, elle a paru progresser et s'aggraver.

9° Cette dernière contingence bien que rare, associée à la carence de tout critérium de guérison absolu en phtisiologie, justifient la surveillance médicale, l'observation clinique prolongée et en particulier les examens radiographiques répétés.

10° Les divers foyers pneumoniques et les infiltrats précoces donnent des images analogues à celles que nous décrivons.

11° Au point de vue clinique, c'est la notion du passé pleurétique, qui caractérise l'anomalie que nous avons en vue et nous permet avec la carence des signes fonctionnels, généraux, stéthacoustiques et la négativité des

examens de laboratoire, de prévoir l'absence de son potentiel évolutif.

12° L'insuffisance des documents préalables ne permet pas de déterminer avec certitude, l'ordre d'apparition de l'accident pleural et de l'opacité, l'un par rapport à l'autre.

13° La nature anatomique de l'opacité, en l'absence d'autopsie reste du domaine de l'hypothèse. En l'absence de toute manifestation évolutive, il nous a paru possible qu'elle traduise le reliquat d'une lésion tuberculeuse congestive ayant régressé puis s'étant stabilisée. Peut-être traduit-elle également certains tassements d'une partie limitée du parenchyme (atelectasie) plus ou moins associés à des productions fibreuses.

14° L'entité nosographique que nous avons essayée d'individualiser, prend un intérêt particulier en raison du contraste entre l'importance de son aspect radiologique et sa bénignité réelle habituelle.

15° Le développement actuel de la médecine sociale, la généralisation des examens radiographiques, aussi bien dans les administrations que dans l'armée, pose donc des problèmes nouveaux en faisant découvrir ces opacités restées presque toujours insoupçonnées.

16° Ces problèmes prennent un intérêt tout particulier pour les médecins de l'administration et de l'armée, chargés d'évaluer les capacités professionnelles ou militaires, d'un individu.

17° D'une part, le médecin chargé de ces examens

doit éviter l'élimination injustifiée de sujets aptes à remplir une carrière; mais d'autre part, même les lésions les mieux cicatrisées sont toujours susceptibles d'évoluer ultérieurement.

Le médecin se trouve donc être ainsi placé entre sa responsabilité devant l'administration et celle qu'il a, vis-à-vis du sujet.

Il pourra être amené à demander un délai de plusieurs mois pour baser ses conclusions sur des examens radiologiques et de laboratoire, successifs.

De toute façon il devra fuir la solution paresseuse consistant à prendre au pied de la lettre les textes de loi beaucoup trop rigides, derrière lesquels il lui serait facile de mettre sa responsabilité à l'abri, aux dépens des intérêts du sujet soumis à son examen.

VU : *le doyen,*

TIFFENEAU

VU : *le président*

BEZANÇON

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE et KUDELSKI. — Le problème des tuberculoses abortives (*Presse médicale*, 10 octobre 1936).
- AMEUILLE et LEJARD. — Infiltrats pulmonaires labiles et tuberculose (*Bul. méd. de la société des hôp. de Paris*, décembre 1932).
- ARNOULD et POIX. — Recherches des tuberculeux dans les collectivités par examen systématique (*Revue de la phtisiologie*, décembre 1931).
- ASSEMANN. — Des infiltrats sous-claviculaire au début de la tuberculose des adolescents (*Deutsch méd. Woch.*, 6 mai 1927).
- BARD. — Les formes cliniques de la tuberculose pulmonaire (*Journal de méd. de Lyon*, 20 janvier 1927).
- BERNARD, POTTER et THOMAS. — Sommets tuberculeux et sclérose pulmonaire non évolutive (*P. M.*, 11 juillet 1925).
- BEZANÇON et BRAUN. — Foyers pneumoniques tuberculeux curables (*S. M. H. P.*, 25 octobre 1912).
- BOQUET. — Les calcifications pleurales (*Thèse de Paris*, 1931).
- BRELET. — L'avenir des pleurétiques (*S. M. H. P.*, 21 mars 1924).
- BRAUN et ROULET. — Étude critique du Früh-infiltrat (*Revue de la tuberculose*, mars 1937).
- BURNAND. — La tuberculose pulmonaire latente (*Revue de la tuberculose*, 1921).
- CHAUMET. — Étude radiologique des pschypleurites (*La science méd. pratique*, octobre 1929).
- COURCOUX et GILSON. — Effacement des images radiologiques du poumon (*Revue de la tuberculose*, juin 1927).
- DELORE. — De la bénignité relative de la localisation purement apicale de la tuberculose pulmonaire (*P. M.*, 1932, n° 68).
- HAURION. — Les épanchements séro-fibrineux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire (*Thèse de Paris*, juin 1936).

- HINAULT. — Contribution à l'étude des pleurésies séro-fibrineuses et leur traitement (*Thèse de Lyon*, 1919).
- HOCHSTELITER. — Pleurésie et tuberculose pulmonaire (*Zeitsch f. Tub.*, novembre 1935).
- JACQUEROD. — *Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire* (Paris, Masson 1924).
- LEURET et CAUSSIMON. — Le diagnostic de l'activité des lésions pulmonaires tuberculeuses (*7^e Congrès national de la tuberculose*, Bordeaux, 1931).
- Localisation apicale de la tuberculose pulmonaire (*Amer. Revue tub.*, février 1935).
- PÉHU et DAGUET. — Recherches cliniques et radiologiques sur les séquelles lointaines des épanchements pleuraux (*Annales de méd.* 1919).
- POIX. — Les tuberculeux et les administrations (*P. M.*, 21 novembre 1928).
- POIX et LAMY. — Aspect radiologique des séquelles de pneumonie et de coqueluche simulant des lésions tuberculeuses.
- RIST. — L'admission aux fonctions publiques des tuberculeux guéris (*P. M.*, 5 mai 1937).
- RIST et AMEUILLE. — La pneumonie tuberculeuse (*Paris méd.*, 1922).
- RIST et M^{lle} BLANCHY. — Séquelles radiologiques des pneumopathies non tuberculeuses de l'enfant et de l'adulte (*S. M. H. P.*, 12 mai 1933).
- SAIM. — Étude sur les calcifications du poumon chez les tuberculeux pulmonaires (*Annales de méd.*, juillet 1936).
- SCHWARTZ. — Plèvres et tuberculose (*Strasbourg méd.*, 5 mars 1936).
- SERGEANT. — *Exploration radiologique de l'appareil respiratoire*.
- SERGEANT et M^{lle} GERMAIN. — Évolution de la pleurite du sommet (*Annales de méd.*, avril 1917).
- SIFFLET. — Les formes abortives de la tuberculose pulmonaire (*Thèse de Paris*, 1935).
- STÉPHANI. — *Sémiologie radiographique pulmonaire*. Doin, Paris, 1937.
- STÉPHANI et WEIGERT. — Les tuberculoses pulmonaires post-pleurétiques. Étude de leur pronostic (*Revue de la tuberculose*, décembre 1931).

Saint-Amand (Cher), France. — Imprimerie R. BussiÈRE. — 23-6-1938



